WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

WARSZAWA

ROK I LISTOPAD 1927 ZESZYT II

ROK I WARSZAWA 1927 LISTOPAD ZESZYT 2

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

PROF. DR. LEON KRYŃSKI.

Wrażenia z XXXVI-go Kongresu chirurgów francuskich w Paryżu.

Zjazd tegoroczny, odbyty w dn. 3 — 8 października, odpowiadał godnie swym poziomem naukowym szeregowi swych poprzedników od roku 1885, a nawet może wysunął się naprzód aktualnością tematów programowych i ożywionych nad nimi obrad. Trzy zagadnienia wypełniały porządek dzienny prac Zjazdu, a były to:

1. Zapalenie przewlekłe błony otrzewnej okrężnicy i sieci — *Pericolites et épiploites chroniques.*

2. Sprawa sączkowania jamy otrzewnej — *Le drainage en chirurgie abdominale.*

3. Wycinanie okołotętnicze nerwów współczulnych w chirurgji kończyn—*Indications et résultats de la sympathectomie périarterielle dans la chirurgie des membres.*

Posiedzenia Zjazdu odbywały się za przykładem lat poprzednich w Grand amphiteatre de l'Ecole de médecine. Otworzył je prezes Zjazdu, profesor Bégouin (z Bordeaux), wykładem „o stosunku wzajemnym techniki i pracowni w chirurgji", w którym tę tak ważną sprawę współdziałania dwu tych dziedzin pracy chirurgicznej oświetlił w sposób nader trafny i subtelny. Chirurgja dzisiejsza istnienie swoje zawdzięcza pracowni.—Bez laboratorjum Pasteura prawdopodobnie i dziś śmiertelność po amputacjach uda sięgałaby dawnych 85%... Bez pomocy chemji, bakterjologji, promieni X, mikroskopu nie jest do pomyślenia dzisiejsza nasza praca chirurgiczna, — a jednak, pomimo ogromnego ich znaczenia badawczego, rozpoznawczego, leczniczego—„*la clinique n'est pas diminuée*! Zawsze podstawą leczenia chorego jest i będzie spostrzeganie kliniczne, owa

„observation pénétrante", oparta na czynnikach tak ważkich i zasadniczych, jak „oko i intuicja" chirurga, które, wsparte na arsenale czynników laboratoryjnych, ściśle przez się kontrolowanych, wyrokują o stanie i losach chorego.

Pierwszy z tematów programowych miał dwóch referentów: Lardennois (Paryż) omawiał sprawę *pericolitis*, zaś Silhol (Marsylja) — *epiploitis*. W sposób wyczerpujący przedstawili oni całokształt obu tych spraw chorobowych, tak doniosłych w dzisiejszej chirurgji jamy brzusznej i tyle sprawiających ciężkich powikłań w postaci owych „zrostów" otrzewnych różnych odcinków przewodu jelitowego.

Obok etjologji obu tych spraw zapalnych o charakterze wybitnie przewlekłym, obok anatomji patologicznej z jej licznemi obrazami zmian tkankowych i ich umiejscowieniem (odcinek kątniczy, zgięcie prawostronne, zgięcie lewostronne i zgięcie esowate), obok ciekawego i często bardzo złożonego przebiegu klinicznego cierpień, najobszerniej omawiali referenci postępowanie lecznicze, które było też głównym tematem dyskusji po referatach.

Poza długim szeregiem metod leczniczych z zakresu medycyny wewnętrznej, jak djeta, długotrwałe leżenie, balneoterapja, termoterapja, diatermia, galwanizacja, promienie czerwone, szczepionki, opoterapia, mesotorium, — metod, mogących wpłynąć dodatnio na niektóre objawy chorobowe, istota leczenia leży w rękach chirurga. Postępowanie operacyjne wyraża się tu w dwóch głównych postaciach:

1. Uwolnienie powierzchni okrężnicy od zrostów i błon rzekomych — pericololysis — z dodaniem w razie powstania znaczniejszych ubytków śródbłonka przeszczepiania wolnych płatów z sieci. Jako zabieg dodatkowy, w razie znacznych zmian kształtu lub ułożenia kiszki, dołącza się jeszcze operację fałdowania (*coloplicatio*), lub umocowania opadłego odcinka okrężnicy (*colopexia*).

2. Wrazie zupełnej niemożliwości wykonania, z powodu zbyt daleko posuniętych zmian w ścianie kiszki, wspomnianego zabiegu — *pericololysis*, jako zabiegu idealnego, stosuje się operacje, mające na celu umożliwienie przesuwania się mas kałowych za pomocą: a) zespoleń,—a więc: *ileosigmoidostomia, ileo-transversostomia, typhlosigmoidostomia*, — albo też b) wycięcia okrężnicy (*colectomia*), częściowego lub całkowitego.

Zdania przemawiających w dyskusji były dość rozbieżne i prawie każdy z wymienionych sposobów postępowania leczniczego miał zwolenników. Obok kierunku radykalnego, widzącego normę postępowania w wycinaniu mniejszych lub większych odcinków okrężnicy, który miał głównego przedstawiciela w Alessandrim (Rzym), większość skłaniała się jednakże ku zabiegom zachowawczym, mającym na celu możliwie idealne odrestaurowanie ścian okrężnicy i nadanie jej prawidłowego ułożenia, bez uciekania się do wykonywania *colectomii*, jako zabiegu ciężkiego i, co ważniejsza, pozbawiającego chorego tego narządu tak ważnego w czynności trawienia, jakim jest okrężnica, a więc wbrew zasadzie dążenia do ideału *restitutionis ad integrum*, co podkreślił mocno w swem przemówieniu Kryński (Warszawa).

Temat drugi — sączkowanie w chirurgji jamy brzusznej omawiali referenci: Cadenat (z Paryża) i Patel (z Lyonu).

Przebieg stosowania sączkowania w chirurgji brzusznej historycznie podzielić można na trzy okresy: 1) od czasu wprowadzenia go w życie przez Chassaignac'a w połowie zeszłego wieku do roku 1900, kiedy to w stopniowym rozwoju zdobywało ono coraz powszechniejsze zastosowanie w najróżnorodniejszych postaciach; 2) okres od roku 1900 do końca wielkiej wojny, cechujący się dążnością do ograniczenia jego stosowania, a nawet do zupełnego zarzucenia; 3) okres obecny, w którym występuje dążenie do określenia racjonalnych wskazań do tego postępowania.

Odróżniamy dwa rodzaje sączkowania: rurkowe — zapomocą rurek gumowych i włoskowate — w postaci odcinków gazy, którego postać najbardziej znana stanowi t. zw. worek Mikulicza. Sprawozdawcy omówili kolejno zagadnienia własności fizycznych każdego z tych obu typów, dalej sposoby zwiększenia sił obronnych otrzewnej i zarzuty wytaczane przeciwko sączkowaniu; wreszcie dali obraz krytyczny wskazań i przeciwwskazań zarówno z ogólnego punktu widzenia, jak i poszczególnych dziedzinach chirurgji brzusznej, jako to: w przypadkach zapaleń ostrych wyrostka robaczkowego, w chirurgji dróg żółciowych, w zabiegach na żołądku, jeli-

tach i okrężnicy, wreszcie w chirurgji ginekologicznej.

Obszerne, przez nich wyprowadzone wnioski, dadzą się streścić ogólnie w sposób następujący. Sączkowanie jamy brzusznej nie utraciło dotąd swych praw w chirurgji. Jest ono przeciwwskazane w tych przypadkach, gdzie zabieg operacyjny został wykonany prawidłowo, aseptycznie, gdzie błona otrzewna została odtworzona w całości, bez ubytków, gdzie nie pozostaje żadne źródło zakaźne. Natomiast ma ono za sobą wszelkie prawa zastosowania w tych przypadkach, które nie odpowiadają wymienionym warunkom, stanowiąc broń w walce z zakażeniem, w jakiejkolwiek wyrażałoby się ono postaci, rozmiarach i umiejscowieniu, jakakolwiek byłaby jego przyczyna pierwotna i przebieg. Stopień i rozmiary sączkowania iść muszą równolegle z siłą sprawy zakaźnej i jej rozlewnością w tkankach.

W bardzo ożywionych nad temi referatami rozprawach, w których brało udział 46 mówców, ścierały się dwa przeciwne krańcowo poglądy co do użyteczności sączkowania. Jedni za przykładem J. L. Faure'a, gorącego zwolennika stosowania drenażu gazowego, popierali jego stosowanie w rozmiarach bardzo rozległych, nawet poza granicami przypadków zakaźnych. Prof. Hartmann, senior chirurgów paryskich, stosuje sączkowanie rurkowe w postaci drenu gumowego, nie tylko w przypadkach zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego, czy też żołądkowego lub jelitowego, lecz i po zabiegach cięższych na narządach jamy brzusznej, jak operacje dróg żółciowych, obszerne resekcje żołądka, zabiegi w zakresie okrężnicy i narządów kobiecych.

W przeciwieństwie do szkoły Faure'a Hartmann odrzuca zupełnie sączek gazowy w postaci worka Mikulicza i stosuje wyłącznie rurki gumowe, przez które drogą aspiracji wykonywa opróżnienie codzienne sączkowanych zagłębień otrzewnej. Na stanowisku wprost przeciwnym stoi Ombredanne ze swą szkołą, zwolennik zupełnego zamykania otrzewnej bez sączkowania. Jako przedstawiciel tego kierunku przemawiał Billet z Lille, przytaczając ciekawe dane liczbowe, ważniejsze, jego zdaniem, od argumentów teoretycznych. W ciągu ostatnich 6-ciu lat zarzucił zupełnie sączkowanie nawet w sprawach zakaźnych otrzewnej. Ostatnie 40 przypadków rozlanego zapalenia ropnego otrzewnej, operowane bez sączków, zakończyły się wszystkie pomyślnie. Statystyka zebranych przezeń 759 przypadków chirurgji jamy brzusznej wykazuje dowodnie, iż śmiertelność, sięgająca 67:100 wówczas, kiedy stosowane było sączkowanie, zaczęła się zmniejszać w miarę jego usuwania i dziś po zupełnem zarzuceniu sączków i wprowadzeniu zaszywania otrzewnej odsetka śmiertelności pooperacyjnej, spadła do 9,7:100, a więc, konkluduje Billet, zamykanie zupełne otrzewnej bez sączkowania, co najmniej, nie jest niebezpieczne, w każdym zaś razie mniej niebezpieczne, niż sączkowanie.

Jak widzimy, rozbieżność zdań w tej sprawie była wielka. Większość jednakże przemawiających, zgodnie z zasadą tak cenną w medycynie, że prawda leży pośrodku, oceniała zalety i wady każdej z tych metod postępowania, uznając przedewszystkiem konieczność indywidualizowania przypadków chorych i, co zatem idzie, krytycznego wyboru zabiegów leczniczych. W ten sposób obie te drogi, zamykanie otrzewnej i sączkowanie, mieć mogą i mają odpowiednie swe wskazania, a to zgodnie z zasadami ogólnemi, wysuniętemi przez referentów. Podnieść w każdym razie należy dążność do ograniczenia stosowanego jeszcze zbyt może szeroko sączkowania, wysunięcia zalet metody rurkowej (*drainage tubulaire*), a przedewszystkiem podkreślenie zasady dążenia zarówno do jaknajmniejszego uszkodzenia, jak i do jaknajdokładniejszego odrestaurowania błony surowiczej w operacjach brzusznych.

Temat trzeci — *sympathectomia periarterialis* w chirurgji kończyn — referowali: René Leriche ze Strasburga i Robineau z Paryża, pierwszy—jeden z twórców dzisiejszej chirurgji układu współczulnego, drugi — wybitny znawca tej sprawy. Leriche, omówiwszy rozwój historyczny, zasady i technikę podanej przez się metody operacyjnej wycinania okołotętniczego rozgałęzień nerwu współczulnego, rozpatrzył szczegółowo szereg postaci chorobowych, w których bywa lub może być wskazane stosowanie tej metody. Szereg ten stanowią:

1. Zespoły bólowe w kończynach, *causalgia*, bóle rozlane pourazowe, kikuty bolesne.
2. Cierpienia naczynio-ruchowe kończyn: choroba Raynaud,

acrocyanosis, erythromelalgia, sclerodermia.

3. Choroby tętnic: a) cierpienia urazowe, b) miażdżyca tętnic starcza z licznemi objawami klinicznemi (bóle, kulenie przestankowe, zgorzel starcza), c) zapalenie tętnic wczesne (*arteriitis juvenilis*).
4. Choroby żył, obrzęki i słoniowacizna kończyn.
5. Wrzody przewlekłe.
6. Zaburzenia naczynioruchowe pourazowe.
7. Przykurczenia mięśniowe, *myoclonia.*
8. Choroby kości i stawów: (*osteomalacia, osteoporosis, tuberculosis.*

Pozatem stosowano ten zabieg i w innych cierpieniach różnej natury i pochodzenia, jak zapalenie szpiku kostnego, gościec stawowy i mięśniowy, choroby skórne, oczne, uszne. Jest rzeczą prawdopodobną, iż w przyszłości zjawią coraz nowe wskazania do sympatektomji.

Chirurgja ta jednak znajduje się jeszcze w okresie doświadczalnym. Oparta na wiadomościach z zakresu fizjologji, często dotąd jeszcze niedokładnych i niewystarczających, zwraca się ona ku cierpieniom, których istoty w zupełności nie wyjaśniliśmy; stąd też częste błędy, zarówno rozpoznawcze, jak i prognostyczne pod względem wskazań leczniczych.

To też, konkluduje Leriche, to nasze postępowanie operacyjne i wskazania doń będą usprawiedliwione wtedy tylko, jeżeli opierać się będą na dokładnem zrozumieniu fizjologji patologicznej samego cierpienia z jednej strony, z drugiej zaś na znajomości istoty odnośnych spraw przyczynowych, albowiem zabieg ten przejawić może działanie lecznicze tylko w kierunku ściśle określonym anatomicznie i fizjologicznie. Robineau w przemówieniu swem miał za zadanie przedstawienie krytyczne wskazań i wyników dotychczasowych *sympathectomiae periarterialis.* Zadanie to trudne, gdyż mało jest zabiegów, które dawałyby wyniki równie sprzeczne, poczynając od powodzenia wprost zdumiewającego, a kończąc na zupełnem rozczarowaniu. Podobnież mało jest zabiegów leczniczych, przed któremi otwierałoby się równie obszerne pole działania, o granicach nie dających się nawet określić. Referent omówił krytycznie technikę operacyjną zabiegu, jego następstwa fizjologiczno-patologiczne, powikłania pooperacyjne, (rozdarcie tętnicy podczas zabiegu, pęknięcia tętnicy późniejsze, zakrzepy pooperacyjne, zgorzel tkanek, a nawet zgorzel całej kończyny), wyniki doraźne, wreszcie poddał ścisłej, bezstronnej ocenie wyniki ostateczne tej tak głośnej dziś metody leczniczej. Wnioski swoje skreślił Robineau w następujący sposób, wnoszący znaczne zmiany w pojmowaniu dotychczasowem istoty sprawy.

Sympathectomia periarterialis nie powoduje przerwania dróg ruchowych współczulnych; następstwo obnażenia tętnicy wyraża się w oddziaływaniu na nerwy czuciowe, sprowadzające drogą odruchów dośrodkowych rozszerzenie naczyń, które występuje najwybitniej w zakresie tętnicy operowanej. Wskazania do zabiegu są liczne, nie mają jednakże one charakteru stałości w pomyślnych wynikach pooperacyjnych, ani w wysokości ich odsetek. Działanie zabiegu daje wynik doraźny, wyrażający się w pobudzeniu i zwiększeniu dopływu krwi w kończynie. Takież wyniki trwalsze na dłuższy przeciąg czasu, są o wiele rzadsze i jest rzeczą wątpliwą, czy można je przypisywać samemu tylko temu zabiegowi, który sam przez się nie jest zawsze nieszkodliwy. Można uciec się do niego w tych wszystkich przypadkach, w których pragniemy zyskać doraźną poprawę upośledzonego krążenia w kończynach.

Ożywiona dyskusja rzuciła dużo światła na wysunięte przez referentów wątpliwe i ciemne dotąd strony. Podane przez mówców wyniki, otrzymane w szeregu różnych postaci chorobowych, dały materjał do coraz bardziej ścisłego określenia wskazań i oceny krytycznej istotnego działania zabiegu operacyjnego.

Tak przedstawia się w krótkich słowach treść naukowa 6-dniowych obrad kongresu. Nie wyczerpuje ona jeszcze całokształtu „wrażeń" zjazdowych, które dopełniały się codziennie w godzinach przedpołudniowych odwiedzaniem klinik i oddziałów chirurgicznych szpitali paryskich, gdzie w salach operacyjnych profesorów Hartmann'a, Pauchet'a, Duval'a, Okinczyca, Lejars, Cunéo, Mauclaire i innych przed oczyma naszemi przesuwał się szereg ciekawych obrazów obfitego „menu" chirurgicznego. Wresz-

cie nie można pominąć strony towarzyskiej, która, jak corocznie, tak i teraz najmilsze pozostawiła u uczęstników wspomnienie. Obiad i raut wspaniały w hotelu Continental, wydany przez prezesa Zjazdu prof. Bégouin, obiad w gościnnym domu profesorostwa Hartmann, wspólny bankiet w Palais d'Orsay — stanowiły szereg nad wyraz miłych rozrywek i przyjęć, na których my polacy spotykaliśmy się zawsze w towarzystwie francuskiem z objawami wielkiej uprzejmości i gościnności.

Członków polskich należy do *Association française de Chirurgie* przeszło trzydziestu i liczba ta wzrasta stale. W zjeździe tegorocznym wzięło udział polaków 12. Stanowi to dowód coraz pomyślniejszego zwiększania się u nas w świecie lekarskim odczucia potrzeby zbliżenia się i stałej styczności z nauką francuską, tą świetną przedstawicielką kultury łacińskiej, której dzieckiem duchowem w historji cywilizacji była i jest umysłowość polska. Jednocześnie ta bliskość wzajemna przedstawia najlepszą i niezbędną broń przeciw nieszczęsnym, a dotąd przeważnym, wpływom u nas nauki niemieckiej, z których otrząśnięcie się stanowi jeden z zasadniczych warunków rozwoju pomyślnego nauki polskiej.

A. LUMIÈRE i MONTOLOY.

Sposób działania wstrzykiwań krwi własnej (autohemoterapji)[1].

Aczkolwiek wskazania do stosowania autohemoterapji dotychczas nie są jeszcze ściśle ustalone, jednak niewątpliwie ta metoda lecznicza w niektórych zaburzeniach patologicznych daje wyniki godne uwagi, jakkolwiek nie zawsze są one stałe.

Chociaż metoda ta nie zyskała jeszcze ogólnego rozpowszechnienia i nie jest powszechnie stosowana przez lekarzy praktyków, jednak podnieść należy niewątpliwie dodatnie wyniki w szeregu najróżnorodniejszych schorzeń, a więc nie tylko w licznych chorobach skóry, jako to: czyraczność, pokrzywka, choroba Quincke'go, świądy i świerzbiączki przewlekłe, ognik, pryszczyca, półpasiec, dermatitis Brocq'a, lecz i w niektórych przypadkach dychawicy oskrzelowej, kurczowego nieżytu nosa, w stanach anafilaktycznych, a nawet w niektórych psychozach czynnościowych.

Czem jednak można wytłómaczyć, że pozornie tak różnorodne schorzenia mogą być skutecznie leczone jedną i tą samą metodą i jak należy sobie wyobrazić jej sposób działania?

Wstrzyknięcie domięśniowe krwi pobranej z naczynia nie wprowadza wszak do ustroju żadnej nowej substancji i dlatego skuteczność tego zabiegu wydaje się a priori paradoksalna.

W istocie rzeczy teorja kolloidalna rozwiązuje to zagadnienie: jako potwierdzenie może służyć następujące doświadczenie:

20 cm. sz. krwi, otrzymanej drogą nakłócia serca od trzech świnek morskich, po dodaniu 2 cm. sz. 10% roczczynu cytrynianu sodu należy czterokrotnie odwirować; celem usunięcia osocza i cytrynianiu każdorazowo przepłukując osad krwinkowy fizjologicznym rozczynem soli; po ostatniem odwirowaniu dodać należy 200 c. sz. wody przekroplonej. Po ukoń-

[1]) Praca przedstawiona Akademji Nauk. w Paryżu przez d-ra Roux na posiedzeniu 9.V-1927.

czonej hemolizie należy znowu osiągnąć izotonję za pomocą dodania chlorku sodu i przesączyć przez sączek świecowy; otrzymany zupełnie przejrzysty płyn będzie pewnego rodzaju wyciągiem z krwinek.

Pozatem należy przygotować za pomocą energicznego odwirowania osocze krwi świnki morskiej; powinno ono być zupełnie przejrzyste i nie zawierać krwinek.

Następnie mieszamy 2 c. sz. tego osocza z $^1/_2$ c. sz. wyciągu z krwinek.

Po pewnym czasie, wahającym się od kilku sekund do kilku godzin, zależnie od tego, od jakich świnek otrzymano osocze, spostrzeżemy w płynie tym powstawanie kłaczkowatego osadu, z łatwością widocznego gołem okiem.

Doświadczenie to stanowi dowód, że kolloidy osocza i kolloidy krwinek reagują jedne z drugimi. W stanie prawidłowym we krwi, kolloidy nie stykają się bezpośrednio, gdyż protoplazma krwinek nie miesza się ze środowiskiem, z osoczem, lecz pozostaje wewnątrz komórki, odgraniczona tam nawpół przepuszczalną błoną, która, jak przyjmujemy, otacza krwinkę. Jeżeli jednak krew zostaje usunięta z naczynia i wprowadzona pod skórę lub do mięśni następuje rozpad krwinek, umożliwiający wzajemne oddziaływanie kolloidów i powstanie odczynu kłaczkowacenia, cośmy właśnie spostrzegali in vitro.

Powtarzaliśmy te doświadczenia zmieniając sposoby przygotowania wyciągu z krwinek, posługując się naprzykład krwią defibrynowaną, bez domieszki cytrynianu sodu, chcieliśmy bowiem usunąć możliwość szkodliwego działania obcego związku chemicznego; również probowaliśmy działać wyciągiem z krwi na osocze pozbawione zupełnie zdolności do krzepnienia za pomocą rozmaitych środków, jednak mogliśmy stwierdzić we wszystkich przypadkach, że płyny otrzymane z surowicy czy osocza wytwarzają zawsze osad kłaczkowaty przy zetknięciu się z drobną nawet ilością wyciągu z krwinek.

Autohemoterapja prowadzi więc do pewnej zmiany w układzie płynów ustroju i zmiana ta, powodująca polepszenia lub wyleczenia niektórych schorzeń, stanowi nowy dowód słuszności teorji kolloidalnej, podanej przez jednego z nas [2].

---

[2] A. Lumière. La theorie colloidale de la biologie et de la pathologie. Paris 1922.

PROF. LEON BERARD i GUILLEMINET.

Wycięcie nerwu przeponowego i torakoplastyka w gruźlicy płuc.

Uważałem za wskazane zestawić przy pomocy mego współpracownika Guilleminet'a moje spostrzeżenia dotyczące wycięcia nerwu przeponowego w gruźlicy płuc. Liczba tych zabiegów wynosi 40, najdawniejszy był wykonany w czerwcu 1923 roku u chorego, młodego 24 letniego Argentyńczyka dotkniętego gruźlicą rozpadową, przeważnie lewostronną, przebiegającą powoli, lecz pogorszającą się. Po zabiegu nastąpiło polepszenie. Podług ostatnich wiadomości stan jego jest zadawalający.

Postanowiliśmy stwierdzić stan obecny wszystkich naszych operowanych; lecz tutaj nie mogę przedstawić zestawienia całkowitego wszystkich naszych wyników, będzie ono ogłoszone później. Na razie posiadamy jednak wystarczające dane, aby wyrazić sąd nasz o zabiegu, który stał się obecnie tematem licznych prac francuskich i obcych.

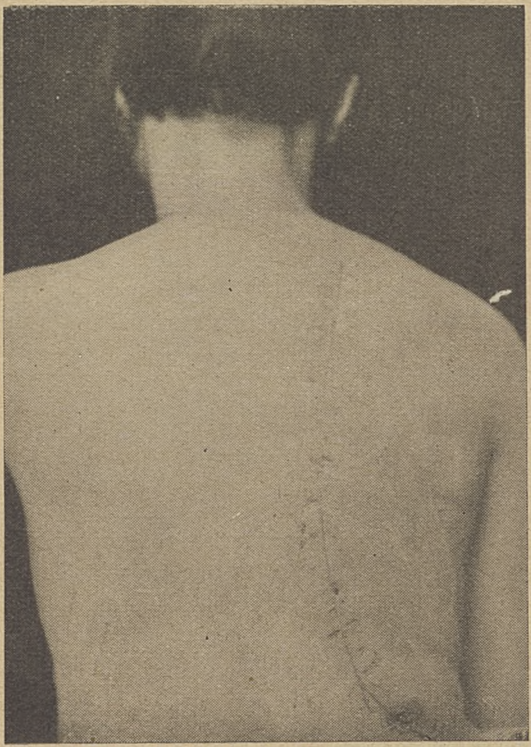
Dwaj autorowie niemieccy *Stuertz* i *Sauerbruch* niezależnie od siebie wpadli w roku 1911 na pomysł wykonywania w gruźlicy płuc przecięcia nerwu przeponowego; zamierzając w ten sposób wskutek porażenia odpowiedniej połowy przepony uzyskać unieruchomienie zupełne chorego płuca. Jednocześnie wskutek kurczenia się bliznowego ognisk płucnych i przez wysokie ustawienie bezwładnej i odsuniętej ku górze trzewami brzusznemi przepony miałoby powstawać znaczne spadnięcie się płuca. W dość krótkim czasie stwierdzono zwłaszcza dzięki badaniom Goetz'a, i Willy Félix'a, że w celu osiągnięcia zupełnego i trwałego unieruchomienia przepony i uniknięcia powrotu jej ruchów, co niektórzy spostrzegali, należy nie tylko przeciąć nerw przeponowy, lecz wyciąć z niego kawałek najmniej 8—10 cm długi w miejscu, gdzie nerw przebiega na mięśniu pochyłym przednim. Istotnie, okazało się nieodzowne zahamowanie wszystkich dróg nerworuchowych przepony, czyli przerwanie nietylko głównego pnia nerwu przeponowego, lecz i wszelkich gałązek bocznych, łączących go z nerwem podobojczykowym, z częścią szyjową nerwu współczulnego, a zwłaszcza gałązki, opisanej przez Niemców pod nazwą Nebenphrenicus. Gałązka ta, jak to stwierdził *W. Felix*, istnieje w 20—25% przypadków; zaczyna się ona z piątej pary szyjowej, łączy się niekiedy w części swego przebiegu z nerwem podobojczykowym i zlewa się potem z nerwem przeponowym ku tyłowi od pierwszego żebra i ku przodowi od żyły podobojczykowej.

Technika operacyjna, którą się posługujemy, opiera się na powyższych danych i jest zbliżona do opisanej przez *Felix'a*. Po uwidocznieniu nerwu na mięśniu pochyłym przednim przecinam nerw w górnej jego części, poczem delikatnie wyrywam dolny odcinek na przestrzeni 6 — 8 cm. uzyskując w ten sposób z całą pewnością przerwanie wszelkich połączeń bocznych, a zwłaszcza nerwu przeponowego dodatkowego, który przy każdem innem postępowaniu mógł by pozostać nienaruszony. Jednakowóż *Goetze* podał sposób operowania, podług którego nerw przeponowy wraz z wszystkiemi odgałęzieniami zostaje odpreparowany i przecięty pod kontrolą wzroku. Operacja wykonana w znieczuleniu miejscowem jest łatwą i szybką, a więc odpowiednią i dla często dość już wyczerpanych chorych, u jakich wszak zwykle bywa ona wykonywana. Przebieg operacji może nastręczyć niekiedy

nieznaczne trudności zależne od warunków anatomicznych: obecność powiększonych gruczołów podobojczykowych; odchylenia w przebiegu nerwu. Pod tym ostatnim względem jest rzeczą ważną należyte ułożenie chorego: z głową i klatką piersiową zlekka uniesioną; głowa nie powinna być odchyloną w stronę przeciwległą: albowiem zwrot głowy i szyji pociąga za sobą przemieszczenie nerwu względem mięśnia pochyłego. Postępując planowo można zawsze wykonać dokładnie zabieg w ciągu kilku minut nie sprawiając choremu żadnej dolegliwości po za zresztą dość nieznacznym bólem, wywołanym wyrywaniem dolnego odcinka nerwu.



Rys. 1 (a).
Chora w trzy tygodnie po operacji.

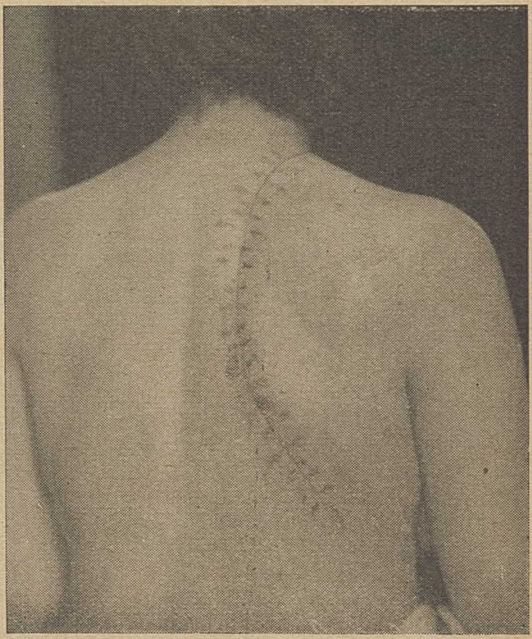


Rys. 2 (b).
Wycięcie nerwu przeponowego (a) i następcza torakoplastyka dolna (b) (9 żeber od 11-go do 3-go włącznie) wykonana z powodu jamy w płacie dolnym.



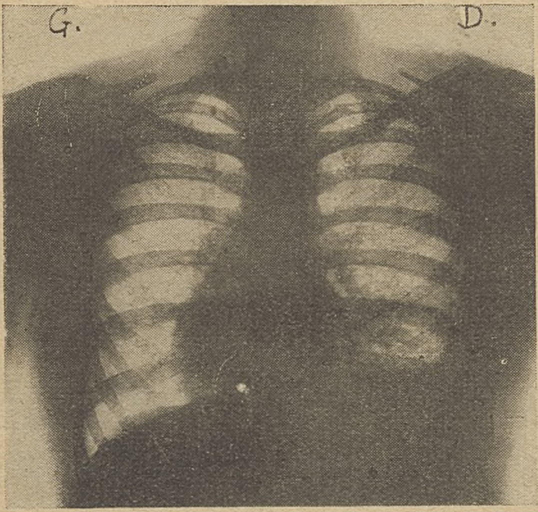
Rys. 3 (a).
Chora w dwa tygodnie po operacji.

Co się tyczy następstw fizjologicznych przecięcia nerwu przeponowego, to spostrzeżenia nasze są dość różnorodne. Badając operowanych za pomocą promieni Roentgena stwierdzić można uniesienie odpowied-



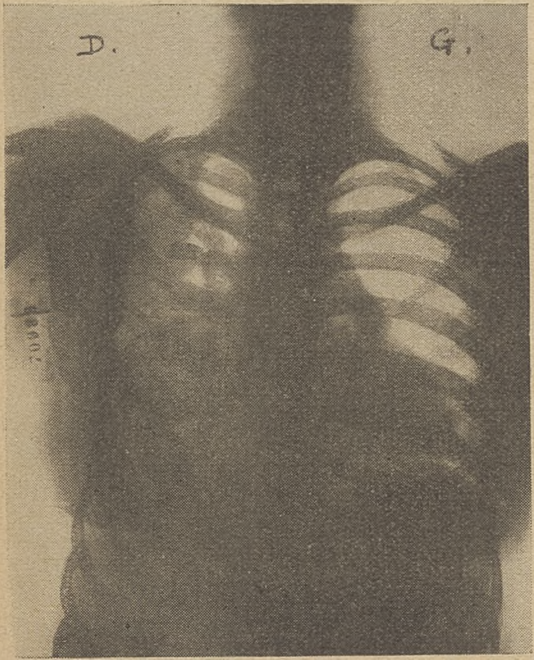
Rys 4 (b).
Wycięcie nerwu przeponowego (a) i następcza torakoplastyka górna (b) (8 żeber, od 1-go do 8-go włącznie) z powodu jam w szczycie.

niej połowy przepony, wynoszące około 4 do 6 cm. Rzadko tylko spostrzegaliśmy



Rys. 5.

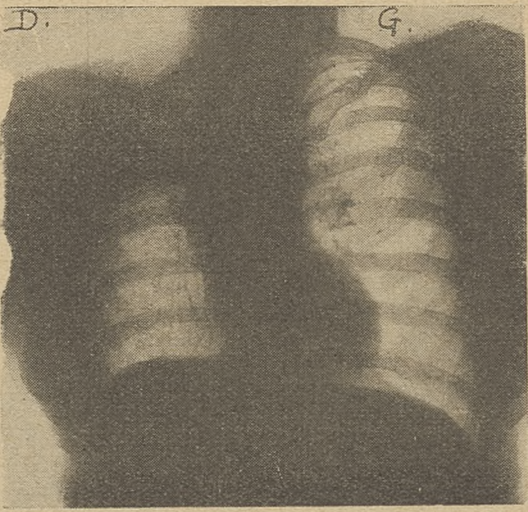
Gruźlica rozpadowa prawostronna dolnego płatu. Zasadnicza niemożliwość założenia odmy sztucznej.



Rys. 6.

Ta sama chora po dokonaniu wycięcia nerwu przeponowego prawego oraz nieco później torakoplastyki częściowej dolnej (od 11-go do 3-go żebra włącznie). Prawa połowa przepony ustawiona bardzo wysoko, natomiast spadnięcie płatu górnego jest niezupełne.

owe przez autorów niemieckich tak często opisywane, różnice poziomu wynoszące 12 cm. i więcej, jednakowoż na fotografji jednego z ostatnich naszych operowanych



Rys 7.

Gruźlica rozpadowa płuca. Duża jama w płacie górnym. Założenie odmy początkowo było częściowo możliwe, wkrótce jednak wskutek zwiększenia się zrostów stało się niewykonalne.



Rys 8.

Ta sama chora po wycięciu nerwu przeponowego prawego i następczej torakoplastyce częściowej górnej, obejmującej 8 górnych żeber. Godne uwagi jest dobre spadnięcie się górnej części płuca osiągniete przez wycięcie górnych żeber (I-sze i 2-gie włącznie). Prawa połowa przepony zarysowuje się niewyraźnie wskutek zrośnięcia z podstawą płuca.

widzimy, że prawa strona przepony stoi o 12 cm. wyżej niż lewa (rys. 6). Być może, że odmienność przypadków operowanych tłumaczy te odchylenia. Istotnie, można przypuścić, że wysokie ustawienie przepony mogło być więcej zaznaczone, jeżelibyśmy operowali chorych z początkującą sprawą szczytową. W przypadkach tych płuco z zachowaną jeszcze sprężystością skurczyłoby się wydatniej. Lecz we Francji wczesna gruźlica nie jest jeszcze uznawana jako wskazanie do wycięcia nerwu przeponowego. W tej sprawie chciałbym nadmienić, że posiadamy środki zmierzające do czasowego porażenia przepony, jak np. bezpośrednia kokainizacja nerwu lub przecięcie jego z natychmiastowem zeszyciem. W ten sposób możnaby rozliczać na przywrócenie czynności nerwu lub jego regenerację, podczas gdy wynik leczniczy zabiegu byłby osiągnięty. Te poglądy są być może nieco teoretyczne.

Chorzy operowani przezemnie skierowani byli przeważnie z oddziałów d-rów *Dumarest'a, Rist'a, Courmont'a i Cordier'a* i posiadali wszyscy ciężkie i dawne zmiany; zazwyczaj również były obecne zrosty opłucnowe, ponieważ założenie odmy sztucznej było u nich niewykonalne. Nic więc dziwnego, że zmiany w wysokości ustawienia porażonej połowy przepony przeważnie nie były zbyt znaczne.

* * *

Nim przejdę do omówienia wartości wycięcia nerwu przeponowego i wskazań do tego zabiegu w leczeniu gruźlicy płuc, chciałbym podkreślić niewinność tej operacji. Wśród naszych chorych nie mieliśmy ani jednego przypadku śmierci, a z pośród spostrzeganych przez nas powikłań, najcięższem było przemijające porażenie splotu barkowego, spowodowane zapewne wadliwie wykonanem znieczuleniem miejscowem, a być może i uciskiem przez krwiak, który się opróżnił po kilku dniach. Dwa razy spostrzegaliśmy powiększenie gruczołów gruźliczych w dole nadobojczykowym. Gruczoły, już podczas zabiegu dość spore, powiększyły się potem znacznie, następnie po kilku naświetleniach promieniami X znowu się zmniejszyły.

Przedstawię obecnie wskazania i wyniki wycięcia nerwu przeponowego na podstawie swoich spostrzeżeń.

Początkowo posługiwałem się w chirurgji gruźlicy płuc jedynie torakoplastyką więcej lub mniej rozległą, wykonywując ją przeważnie przykręgowo, całkowicie i jednoczasowo. Doświadczenie pouczyło mnie z czasem o konieczności rozkładania zazwyczaj tej operacji na kilka zabiegów, a nawet do ograniczenia się niekiedy do wycięcia nerwu przeponowego, która to operacja, o wiele mniej niebezpieczna, pozwala sprawdzić odporność chorego i która, nawet zastosowana sama, daje wcale nienajgorsze wyniki.

Spostrzeżenia nasze możemy podzielić na dwie grupy:

I. Wyłączne wycięcie nerwu przeponowego.

Grupa ta zawiera przypadki, gdzie wykonano jedynie wycięcie nerwu przeponowego; liczba ich wynosi 27. U niektórych z tych chorych sprawa gruźlicza miała charakter postępujący, z wysoką ciepłotą. Odporność ogólna była wątpliwej wartości. Pod względem anatomicznym były to postacie rozpadowo-serowaciejące. U innych znowu chorych prawdopodobieństwo obustronności zmian gruźliczych wymagało rozważnego i ostrożnego postępowania. Jeszcze inni wreszcie mieli zupełnie wyraźnie obustronne zmiany, lecz podczas gdy w jednem płucu sprawa postępowała, w drugiem wydawało się, że jest ona stacjonarną. Odma sztuczna nie nadawała się do tych przypadków; ryzyko torakoplastyki byłoby bez wątpienia zbyt wielkie; wykonałem więc wycięcie nerwu po stronie chorej, lub więcej zajętej.

Ogólnie rzecz biorąc, mogę powiedzieć, że prawie u wszystkich chorych wystąpiła bezpośrednia poprawa, lecz o zmiennej wartości i długotrwałości. Możnaby się wyrazić, że operacja przyniosła tym chorym pewną ulgę. Polepszenie wyrażało się przedewszystkiem w zmniejszeniu kaszlu i plwociny; ilość jej, szczególnie w niektórych przypadkach, została krańcowo zredukowana. Niektórzy chorzy byli męczeni kaszlem do tego stopnia, że posiłek i sen były dla nich wprost niemożliwością; po przecięciu odzyskiwali możność spoczynku i odżywiania się. Lecz jednak bardzo często sprawa toczyła się dalej i, o ile wiem, 11 z tych chorych zginęło skutkiem dalszego rozwoju choroby. Z tej liczby trzech chorych miało skądinąd jesz-

cze pyopneumothorax otwarty do oskrzeli; tych operowałem tylko dlatego, aby łącząc wycięcie nerwu z sączkowaniem opłucnej wyzyskać ostateczną możliwość wywołania poprawy.

Odwrotnie 6 chorych operowanych 4, 8, 9, 15, 20 miesięcy i 3 lata temu wykazało, poza wspomnianem już przezemnie doraźnem polepszeniem czynnościowem, jeszcze i ogólną poprawę, trwającą dotychczas. Chory operowany przed 3 laty był dotknięty rozlaną rozpadową gruźlicą lewego płuca o powolnym przebiegu; drugie płuco było podejrzane. U innych stwierdzono zmiany rozpadowe lub włóknisto-serowaciejące jednego szczytu, podczas gdy i stan drugiego płuca nasuwał wątpliwości. Stan ogólny niektórych chorych był marny. Zresztą niektórym z pośród nich zaproponowałem wtórnie torakoplastykę, gdy siły ich polepszyły się o tyle, że mogli oni ten zabieg wytrzymać; operacja ta okazała się dla nich korzystną.

Nie posiadam nowszych wiadomości o stanie 10 chorych z tej grupy. Zadawalniające wyniki, które udało nam się stwierdzić, są bardzo ciekawe, biorąc pod uwagę, że rokowanie we wszystkich tych przypadkach było niepomyślne. Istotnie, nie należy zapominać, że najcięższe postacie gruźlicy były właśnie wśród tych operowanych.

2. Uprzednie wycięcie nerwu, następcza torakoplastyka.

Grupa druga obejmuje 13 przypadków operowanych w ciągu ostatniego roku; wykonane było wycięcie nerwu, następnie torakoplastyka i to zazwyczaj dwuczasowa. Tu znaczenie lecznicze wycięcia nerwu przeponowego zlewa się z następstwami torakoplastyki; nie będę się więc na tem zatrzymywał. Podnieść muszę dobry przebieg torakoplastyki w gruźlicy po uprzedniem wycięciu nerwu przeponowego i wykonanej dwuczasowo. Wśród 13 chorych nie miałem ani jednej nieudanej operacji, a jest bardzo prawdopodobne, że ta sama serja nie była by całkiem pozbawiona zejść śmiertelnych, gdyby tak, jak to czyniłem przed 4 ma laty, torakoplastyka była wykonywana odrazu i całkowicie. Sądzę, że w większości przypadków, gdzie torakoplastyka jest wskazana, lepiej jest rozpocząć od wycięcia nerwu przeponowego na tydzień przed tem. Ten ostatni zabieg znoszą chorzy zawsze dobrze, przyzwyczaja on drugie płuco do wzmożonej czynności, zapoczątkowuje spadnięcie płuca i zmniejsza raptowność przesunięcia śródpiersia, występującego po wycięciu żeber. Torakoplastyka wykonana dwuczasowo stanowi jeszcze dodatkową gwarancję.

Z pośród chorych drugiej grupy chciałbym omówić jeden bardzo pouczający przypadek. Dotyczy on 28 letniego mężczyzny z gruźlicą jamistą płuc, u którego w lipcu 1925 r. wykonałem wycięcie nerwu przeponowego. Badania rentgenologiczne i dane wysłuchowe drugiego płuca kazały nam zaniechać wykonania torakoplastyki. W październiku 1925 r. stan pozostał bez zmiany, lecz nic nie wskazywało na szerzenie się sprawy w drugiem płucu. Wówczas wykonałem torakoplastykę dwuczasowo. Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki. Od tej chwili rozpoczyna się poprawa i chory mógł powrócić do swych zajęć; nie gorączkuje, nie kaszle, zyskał na wadze.

Również chciałbym zaznaczyć, jak postąpiłem z dwoma ostatniemi choremi z tej grupy. Ponieważ chodziło tu o postać rozpadowo-włóknistą umiejscowioną w jednym przypadku w płacie górnym (rys. 3, 4, 7 i 8), a w drugim w dolnym (rys. 1, 2, 5 i 6), po uprzedniem wycięciu nerwu przeponowego wykonałem u pierwszej wycięcie górnych ośmiu żeber, podczas, gdy drugiej wyciąłem dziewięć dolnych, od jedenastego do trzeciego włącznie. Spodziewam się uzyskać w ten sposób wystarczające spadnięcie się płuca za pomocą zabiegu mniej ciężkiego, niż całkowita torakoplastyka. Pomysł ten, podany przez *Alexander'a*, wydaje mi się szczególnie odpowiednim w jamach górnego płatu: wycięcie nerwu unieruchamia płat dolny, podczas gdy plastyka wywiera ucisk na terytorjum, gdzie się sprawa toczy. Jednakże, podług chirurgów niemieckich jak *Sauerbruch i Brauer*, do otrzymania spadnięcia się zupełnego i uzyskania trwałego wyleczenia prawie zawsze zachodzi konieczność wykonania całkowitej torakoplastyki.

* * *

Streszczając moje poglądy co do znaczenia i wskazań wycięcia nerwu przeponowego w gruźlicy płuc, powiedzieć muszę, że jest ono o wiele słabszym środkiem w osiągnięciu spadnięcia się płuca, niż torakoplastyka. Do tej ostatniej musimy się też uciekać, chcąc osiągnąć i utrwalić wynik pomyślny leczenia. Jednakże nie ulega wątpliwości, że wycięcie nerwu stanowi zabieg łatwy, prosty i bynajmniej nie do pogardzenia w przypadkach, gdy nie ośmielamy się wykonać torakoplastyki. Powyżej opisałem warunki, w których ten zabieg stosowałem i niekiedy wprost nadspodziewane wyniki, które otrzymałem.

Wycięcie nerwu przeponowego wykonane uprzednio, jako wstęp do torakoplastyki, niewątpliwie przyczyni się do polepszenia rokowania operacyjnego w tym zabiegu.

Wreszcie, w przypadkach jam umiejscowionych w szczycie, lub dolnym płacie płuca, można z dobrym wynikiem posługiwać się połączeniem wycięcia nerwu przeponowego z częściową torakoplastyką.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Niedokrewność złośliwa leczona spożywaniem wątroby wołowej (sposób Whipple'a). F. Rathery i M. Maximin. *Soc. méd. des hôpit nr. 24/927.*

Autorowie przedstawili na posiedzeniu Tow. lek. szpit. w Paryżu dwie chore z niedokrewnością złośliwą, które leczone były wszelkimi znanymi sposobami bez skutku (transfuzja krwi, radioterapja, prom. pozafjołkowe, podawanie arsenu, żelaza, preparatów szpiku kostnego i śledziony, podskórne wprowadzanie tlenu), dopiero podawanie wątroby polepszyło znakomicie stan ogólny. Wzrost liczby ciałek czerwonych wynosił u jednej chorej z 1,050,000 na 3,180,000, u drugiej z 1,950,000 na 2.850,000. Autorowie wstrzymują się z tłomaczeniem mechanizmu działania metody *Whipple'a*, oraz nie twierdzą, że niewątpliwe polepszenie stanu chorych jest zjawiskiem stałem i pojawiającem się stale we wszystkich przypadkach niedokrewności. Podnieść należy, że przy powyższem leczeniu znikły obrzęki, a w przypadku drugim znikła też uporczywa biegunka. W dyskusji *Crouzon* podaje podobnie szczęśliwie leczony przypadek niedokrewności złośliwej, w którym liczba ciałek czerwonych wzrosła z 1700,000 na 4,900,000. *Rist i Labbé* widzieli również bardzo zachęcające wyniki przy podobnem postępowaniu.

Leczenie samo polega na podawaniu chorym do spożycia 250 gr. wątroby wołu, którą wkłada się do 350—400 ccm. zimnej wody. Po 10 minutach gotowania w wrzącej wodzie, wątrobę kraje się, przepuszcza przez młynek do mięsa, miesza z wodą, w której wątroba gotowała się i podaje chorym, którzy przyjmują to pożywienie bez odrazy.

Leczenie niedokrewności z powiększeniem śledziony zapomocą spożywania surowej wątroby wołowej. Noel Fièstinger i R. Castéran. *Soc. méd. des hôp. 27/927.*

Przypadek leczony za pomocą metody *Whipple'go* z dobrym wynikiem. Wzrost ciałek czerwonych z 2,200,000 na 4,300,000.

Leczenie niedokrewności złośliwej zapomocą metody Whipple'ego i Walińskiego. P. Emile-Weil. *Soc. méd. des hôp nr. 25/927.*

Nawiązując do artykułu *Rathery'ego i Maximin'a* (Soc. de biol. N 24 br.) autor podaje, że zapomocą podawania wątroby (met. Whipple'go) i met. Walińskiego, polegającej na transfuzji i wstrzykiwaniu insuliny (2 razy dziennie przed jedzeniem od 5—10 jednostek stopniowo, podnosząc) — otrzymał tak znaczną poprawę zarówno w stanie ogólnym czterech chorych na niedokrewność złośliwą, jak i w obrazie krwi, że nie waha się na tej podstawie mówić o możności wyleczenia tych chorych. Czas utrzymywania się poprawy wynosi 4—6 miesięcy. Liczbę krwinek podaje autor w dwu przypadkach, wynoszą one po leczeniu 4,00,000 i 4,500,000. Autor wspomina, że *Lemaire* otrzymał podobny wynik po spożywaniu nerek. Niektóre przypadki nie poprawiają się przy leczeniu jedną metodą, należy wówczas spróbować drugiej, lub kombinować je. Próby leczenia innych postaci niedokrewności (po krwotokach, przy hemofilji, przy splenomegaljach, żółtaczkach hemolitycznych) tymi samymi sposobami dały wyniki dodatnie, w mniejszym jednak stopniu aniżeli w przypadkach niedokrewności złośliwej. Mechanizm działania tych sposobów leczenia nieznany.

Z powodu leczenia niedokrwistości złośliwej. G. Hayem. *Soc. méd. des hôp. 26/927.*

Autor (znany i wielce zasłużony hematolog), sądzi, że leczenie niedokrewności zapomocą metody, polegającej na spożywaniu wątroby wołowej, jest niczem innem, jak podawaniem żelaza i że w podobnych przypadkach spokój zupełny, odpowiednie odżywianie i podawanie żelaza daje te same wyniki. Autor sądzi na podstawie ogłoszonych prac (Soc. méd. des hôp. nr. 24 i 25 — patrz wyżej), że przypadki przedstawione nie należą do jednostki chorobowej zwanej niedokrewnością złośliwą, ale są to przypadki ciężkiej niedokrewności 3. stopnia, podatne leczeniu, o ile ubytek ciałek czerwonych nie jest wywołany sprawą chorobową organiczną, która jest nieuleczalna w obecnym stanie nauki. Autor zwraca uwagę, że miano „niedokrewności złośliwej" jest w Tow. lek. szp. w Paryżu niezawsze odpowiednio używanem. W dyskusji *Rathery* uważa jeden ze swoich przypadków za niedokrewność ciężką o typie złośliwym, drugi za niedokrewność ciężką. Leczenie zapomocą żelaza, o czem mówi prof. *Hayem* (protoxalate de fer) było stosowane bez skutku. Autor zgadza się z hipotezą, że podawanie wątroby jest skuteczne dzięki zawartości żelaza w wątrobie, chodzi tu jednak o szczególnie szczęśliwą dla leczenia postać leku.

Przypadek zwężenia ujścia żylnego lewego serca bez objawów fizykalnych (silencieux). Trémolières i Salmon. *Soc. méd. des hôp. nr. 24/927.*

Kobieta, l. 23, zgłasza się ze skargami na kaszel, duszność i lekki obrzęk nóg, występujący wieczorami. Badanie fizykalne nie wykazuje ani powiększenia stłumienia serca, ani żadnych szmerów. Prześwietlenie prom. Rentgena stwierdziło

znaczne powiększenie przedsionka lewego ku tyłowi śródpiersia. Przy odpowiedniem leczeniu objawy chorobowe podmiotowe znikły, przedmiotowo stwierdzić można było na ekranie znacznie mniejszy stopień rozszerzenia przedsionka. Autorowie dopatrują się przyczyny schorzenia w kile dziedzicznej na podstawie zmian w zębach chorej i opierając się na fakcie, iż 14 rodzeństwa chorej zmarło w wczesnym wieku, a chora sama urodziła w 7 miesiącu dziecko, które niebawem zmarło z powodu schorzenia wątroby. Odczyn Wa. we krwi chorej ujemny.

O znaczeniu poszukiwania i stwierdzania szmeru skurczowego w dołku podobojczykowym dla rozpoznania Arteriitis obliterans incompleta tętnicy podobojczykowej. Lian, Gilbert-Dreyfus i P. Puech. *Soc. méd. des hôp. 28/1927.*

Autorowie przytaczają szereg przypadków, w których rozpoznano schorzenie, podane w tytule, na podstawie szmeru słyszalnego nad podstawą serca, lecz najgłośniej w dołku podobojczykowym. Parcie krwi mierzone na obu kończynach górnych wykazuje różnice we wskaźniku oscylacyjnym i w wysokości parcia krwi na niekorzyść strony, której tętnica podobojczykowa jest chorobowo zmieniona.

Porównanie parcia krwi na obu kończynach górnych i dolnych pozwala na stwierdzenie zmian w tętnicach obu stron (Przyp. 8 zmiany w obu tętnicach podobojczykowych) lub jak w przypadku 5 zmiany w tętnicy lewej podobojczykowej i w obu tętnicach biodrowych. Wszystkie przypadki obserwowane tylko klinicznie; ze względu na brak śmiertelności spostrzeganych przypadków, autorowie nie mogą przytoczyć sprawdzenia rozpoznania na stole sekcyjnym. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy tętniaka tętnicy, aneurisma arterio-venosum, ucisk na tętnicę (w szczególności przez żebro szyjne — przyp. *Crouzon'a* i *Gilberta-Dreyfusa*), istnienie canalis arteriosus z wrodzonem zwężeniem tętnicy podobojczykowej lewej, oraz zwężenia istmus aortae.

Rokowanie w niemiarowości zupełnej serca. H. Clerc i R. Stieffel. *Soc. méd. des hôpit. nr. 14/1927.*

Autorowie przedstawiają statystykę swoich przypadków w liczbie 75, spostrzeganych przez dłuższy czas: 54% ponad 1 rok, 9% dłużej niż 3 lata. Po omówieniu wpływu, jaki wywiera postać niemiarowości, wiek, płeć, zmiany wsierdzia, stan mięśnia sercowego, towarzyszące zakażenia i t. d. na przyszłość chorych, autorowie podają śmiertelność swoich przypadków na 28%, z tych 62% zmarło w wieku ponad 50 lat. Przypadki trwałej pierwotnej niemiarowości przedstawiały 36%, podczas gdy 64% wszystkich śmierci przypada na chorych z powikłaniem wad zastawkowych (zwłaszcza zwężenie ujścia żylnego lewego). Niedomoga mięśnia sercowego była przyczyną śmierci w 80%. Wogóle 16% chorych było obłożnie chorych, podczas gdy 56% cieszyło się względnie dostateczną możnością ruchu, a 30% chorych można było uważać jako prawie zdrowych.

Co się tyczy rokowania, należy podkreślić, że pojawianie się niemiarowości zupełnej, nawet w sposób nagły, nie wywołuje zazwyczaj samo przez się osłabienia mięśnia sercowego, z wszystkimi jego skutkami. Raczej obawiać się należy skutków, jakie np. wada zastawek wywołać może. Nieraz zdarza się, że dopiero badanie lekarskie, przeprowadzone przypadkowo, wykrywa niemiarowość pierwotną u osobników pozornie zdrowych. Nie można jednak twierdzić, że niemiarowość pierwotna, sama dla siebie jest schorzeniem lekkiem i dobrze rokującem. I ci chorzy umierają w końcu na serce, jeśli jakaś inna choroba przypadkowo nie doprowadzi ich przedtem do śmierci. Jakkolwiek należy się starać usunąć niemiarowość (chinidyna) to jednak przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na stan mięśnia sercowego, wsierdzia i t. d.

Stałe samoistne obniżenie tętniczego parcia krwi. C. Lian i A. Blondel. *Presse méd. nr. 70/1927.*

Obniżenie parcia krwi, stwierdzane zapomocą manometru, mało interesowało dotychczas lekarzy. Wiadomem było wprawdzie, że w przebiegu schorzeń zakaźnych, przebiegających ostro, parcie krwi jest obniżone, że wiele innych czynników, jak przedewszystkiem osłabienie mięśnia sercowego, może chwilowo parcie krwi obniżyć i to nawet tak znacznie, jak to spotykamy przy zapaści — nie mniej jednak brak jest dotychczas badań nad obniżeniem tętniczego parcia krwi, o ile to ostatnie utrzymuje się stale. Wyjątkiem są badania nad powyższym objawem w przebiegu obniżonej czynności nadnerczy, co spotykamy przy chorobie Addisona, oraz przy schorzeniu opisanem przez Martinet'a pod nazwą: hyposfyksja. Pozatem obniżenie parcia krwi jest uważane tylko za objaw, a nie za zespół chorobowy w przeciwieństwie do nadmiernego parcia krwi samorodnego (hypertensio essentialis), który to zespół chorobowy uzyskał pełne prawo bytu w literaturze lekarskiej, chociaż etjologja tego zespołu jest tak mało znaną.

Zespół stałego samorodnego obniżenia tętniczego parcia krwi znajduje swój wyraz w dziedzinie k r ą ż e n i a pod postacią omdleń, występujących łatwo z powodu błahych przyczyn, (jak np. opowiadanie o jakimś wypadku, lub zaburzeń przejściowych narządu trawienia i t. d.). Nadto spotyka się zawsze skargi na zawroty głowy, a niekiedy nawet zapaści. Kończyny często sinawe. Parcie krwi wynosi Mx = 10, 10½, 11 cm, Mn 5 — 6 cm Hg (według Pachona), często tętno jest zwolnione (bradycardia). W dziedzinie n e r w o w e j charakterystyczna jest łatwość męczenia się, która niekiedy dochodzi do astenji tak znacznej, że chorzy nie mogą czynić niewielkich nawet spacerów, lub stać na miejscu czas jakiś. Co do narządu t r a w i e n i a spotyka się opuszczenia narządów leżących w jamie brzusznej, zaparcie stolca i aero-gastro-colia. W dziedzinie g r u c z o ł ó w w k r e w n y c h stwierdzano niedomogę jajników, a niekiedy i tarczycy; stale spotyka się niedomogę nadnerczy.

Powyższy zespół przedstawia podobieństwo do zespołu niedomogi nadnerczy opisanego przez Sergent'a, a odmiennego od typowej choroby Addisona. Zespół stałego, samorodnego obniżenia tętniczego parcia krwi różni się jednak od zespołu Sergent'a brakiem „białej linji“ (biały dermografizm) i nie oddziaływaniem na leczenie zapomocą wyciągów z nadnerczy.

Patogeneza omawianego zespołu jest nieznana. Autorowie skłaniają się do hipotezy, że chodzi tu o zaburzenie w wydzielaniu gruczołów wkrewnych i zaburzenie równowagi układu wegetatywnego (współczulno-błędnego) na korzyść przewagi napięcia nerwu błędnego. Badania nad chemizmem krwi nie dały jednoznacznych wyników; wydaje się, że ilość wapnia bywa obniżona, względnie mieć może miejsce alkaloza miernego stopnia.

Etjologja jest również niejasna. Autorowie nie stwierdzili przyczynowego związku między omawianem zespołem a przewlekłem zatruciem, kiłą, gruźlicą i t. p. aczkolwiek i te sprawy mogą niekiedy być czynnikiem etjologicznym w danym i poszczególnym przypadku.

Rokowanie nie jest złe, choć chorzy ci ulegają łatwiej wstrząsom (przy urazie np.), a skłonność ich do zapaści i omdleń może być wyjątkowo przyczyną nagłej śmierci. Hypotensio essentialis nie jest przeciwwskazaniem do ubezpieczenia się na życie, choć według Robertsa śmiertelność przewyższa $^3/_4$ zwykłej śmiertelności.

Leczenie zapomocą ergotyny, strychniny, podawania preparatów nadnerczy nie dało korzystnych wyników.

Pierwotna aspergilloza płuc. Badania doświadczalne. Macaigne i Nicaud. *Soc. méd. des hôp. Nr. 24/927.*

Autorowie opisują w dwu artykułach przypadek aspergillozy płuc i szereg badań nad tem zakażeniem. Chora lat 53 zgłosiła się z powodu krwotoków płucnych, z których pierwszy wystąpił przed 28 laty, dość obfity (do 200 gr) następne ukazywały się przed 14 laty, 13, 8 i przed 2 laty. Ostatni krwotok przed tygodniem. Podczas krwotoku ciepłota nie podwyższona, później uczucie osłabienia. Chora leczyła się w górach. Badanie fizykalne wykazuje lekkie stłumienie nad górnym płatem płuca prawego, wdech pęcherzykowy szorstki, po kaszlu nieliczne rzężenia, zwłaszcza nad wnęką płuca prawego. Ciepłota nie podwyższona, odpluwa niewiele plwociny śluzowo-ropnej i bez krwi.

Posiew plwociny na pożywkach *Basin'a*, *Raulin'a*, *Sabouraud'a* dał wynik dodatni dla obecności Aspergillus fumigatus. Kilkakrotne badanie wszelkiemi sposobami w kierunku prątków Kocha w plwocinie dało wynik ujemny, podobnie i szczepienie na świnkach morskich. Natomiast wstrzyknięcie śwince morskiej i królikowi hodowli Asper. fum. dało obraz bardzo charakterystyczny. Prześwietlanie chorej zapomocą prom. Rentgena wykazało lekkie zaciemnienie szczytów, zwłaszcza prawego i prawej wnęki. Prześwietlenie po uprzedniem wprowadzeniu lipjodolu do oskrzeli wykazało w dolnym płacie płuca prawego małe rozstrzenie workowate oskrzeli.

Leczenie zapomocą środków zawierających jod, zalecanych we wszystkich grzybicach — dało wynik ujemny, gdyż przez miesiące całe chora stale odpluwała plwocinę zawierającą wspomniany grzybek.

Autorowie nie otrzymali aglutynacji przy użyciu antygenu swoistego i surowicy krwi chorej, co przemawia za tem, że aspergilloza nie wytwarza aglutynin w przeciwieństwie do sporotrichozy. Podobnie wypadły próby w kierunku odchylenia dopełniacza. Wprowadzanie antygenu z aspergillus fumigatus do ustroju ludzkiego dawało odczyn dodatni, szczególnie wyraźny przy wprowadzeniu doskórnem, mniej wybitny przy zadziałaniu w sposób powszechnie używany przy odczynie Pirqueta (cutiréaction). Oprócz odczynu na skórze otrzymywano też odczyn ogniskowy w płucach u chorych dotkniętych aspergillozą. Wrazie powikłania aspergillozy z gruźlicą (co nie rzadko się zdarza) odczyn występuje również wyraźnie.

Kiła płuc pod postacią płucno-opłucnową. J. Gaté i H. Gardère. *Soc. méd. des hôp. Nr. 25/1927.*

Kiła płuc zajmuje w ostatnich czasach coraz więcej miejsca bądź to w artykułach bieżących, bądź też w podręcznikach. Badania anatomo-patologiczne wykazują, że kiła płuc występuje najczęściej, jeżeli nie wyłącznie, pod postacią bujania tkanki łącznej, bądź to z rozstrzenią następową oskrzeli, bądź też z rozedmą płuc, pod postacią pachybronchitis (*Favre*), ograniczonych ognisk tkanki łącznej w części przybrzeżnej płuca (*Letulle, Dalsace*) itd. Często trudno jest odróżnić kiłę płuc od gruźlicy, często obie te sprawy chorobowe występują jednocześnie.

Autorowie podnoszą, że postać łącznotkankowa kiły płuc, coraz częściej spotykana, nie jest jednak pierwotną postacią tego schorzenia i że spodziewac się należy raczej innych postaci klinicznych początkowej kiły płucnej. Postać początkowa przymiotu według autorów przebiegać winna, jako nawały przejściowe (congestion pulmonaire) podobnie, jak to widzimy w gruźlicy. Jako najczęstsze umiejscowienie tych nawałów podają autorowie część przybrzeżną płuc, a zatem nawał płucno-opłucnowy na tle kiłowem.

Jako ilustrację do powyższych wywodów podają autorowie historję choroby dwuch przypadków. W przypadku pierwszym, dotyczącym mężczyzny lat 38, stwierdzono lekkie przytłumienie z tyłu i w pasze u podstawy płuca lewego, i, zwłaszcza po kaszlu, drobnobańkowe rzężenia, słyszalne blisko ucha. Plwocina niekiedy nieco krwawa, nie zawierała nigdy prątków Kocha, mimo usilnych poszukiwań. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. Przebieg zupełnie bezgorączkowy, skargi chorego ograniczają się tylko do kłucia w boku lewym. Leczenie swoiste (wstrzykiwania połączenia jodo-bismutowo-chininowego) usunęły dolegliwości i rzężenia, lekkie przytłumienie zostało.

Przypadek drugi dotyczy również mężczyzny lat 30, leczony był z powodu rozedmy płuc. W chwili rozpoczęcia obserwacji stwierdzono objawy początkowe wiądu rdzenia, nadto chory skarży się na kłucie w boku lewym, gdzie stwierdzono: lekkie stłumienie u podstawy płuca, osłabienie drżenia głosowego, przejściowo rzężenie drobnobańkowe i tarcie osierdziowe. Prześwietlanie prom. Rentgena dało wynik ujemny. Badanie obfitej plwociny na obecność prątków Kocha z wynikiem ujemnym. Leczenie swoiste z bardzo dobrym wynikiem. Ciepłota ciala stale niepodwyższona.

Autorowie odrzucają zakażenie pneumokokami lub grypą, jako etjologję schorzenia, ze względu na brak gorączki i przebieg. Podobnie odrzucają istnie-

nie banalnego nieżytu oskrzeli, jakie nieraz widzi się u chorych na rozedmę. Wykluczenie gruźlicy napotyka na trudności; autorowie sądzą jednak, że brak pewnych danych co do tej etjologji, natomiast niewątpliwe istnienie kiły, każe raczej myśleć o tem ostatniem zakażeniu, jako bezpośredniej przyczynie choroby.

Z przebiegu klinicznego podnieść należy: brak wychudzenia i osłabienia, uporczywe kłucie w boku, kaszel wilgotny, plwocina niekiedy zawierać może krew, brak podwyżek ciepłoty, miejscowe objawy: przytłumienie, rzężenia drobnobańkowe i tarcie opłucnowe, dodatni odczyn Wassermanna, ujemny wynik poszukiwania prątków Kocha w plwocinie (zarówno badania mikroskopowe, jak i wstrzyknięcie śwince morskiej). Wreszcie podnieść należy dowód ex juvantibus—skuteczny wynik leczenia przeciwkiłowego.

Próby stosowania stowarsolu w przewlekłej gruźlicy płuc. Maurice Perrin, Pierson i Lawart. *Soc. de méd. de Nancy 20/VII. 927.*

Autorowie podawali w 44 przypadkach gruźlicy płuc (rozpadowej i włóknistej) przez 10 dni od 1—4 pastylek stowarsolu (à 0.25 gr) dziennie. W 9 przypadkach otrzymali spadek ciepłoty, zmniejszenie ilości plwociny, raz też zmniejszenie biegunki. Korzystne wyniki pojawiały się w 5 — 6 dniu leczenia i utrzymywały się przez 3 — 6 tygodni. Tylko w 3 przypadkach stowarsol był źle znoszony, wywołując zaburzenia jelitowe, o dobrotliwym zresztą przebiegu.

Znaczenie położenia ciała w leczeniu krwioplucia z powodu przekrwienia płuc. L. Bard. *Presse méd. Nr. 66/1927.*

W przebiegu gruźlicy płuc zdarzają się niekiedy krwawienia tak znaczne, lub tak uporczywe i długotrwałe, że przedstawiają bezpośrednie niebezpieczeństwo dla chorego. Przyczyna tych krwotoków jest dwojaka. W jednych przypadkach chodzi o pęknięcie większego naczynia krwionośnego, w szczególności zaś tętniaka *Rasmussena* do światła jamy gruźliczej, co jest przyczyną krwawienia bardzo obfitego, nieraz śmiertelnego w przeciągu niedługiego czasu. W innych natomiast przypadkach widzimy w przebiegu gruźlicy krwioplucia, nietyle obfite, ile uporczywe i bardzo długotrwałe (dnie, nawet tygodnie), które tem samem przedstawiać mogą również niebezpieczeństwo skrwawienia się chorego. Te krwawienia mają swą przyczynę w przekrwieniu płuca. W przypadku pierwszym znalezienie źródła krwotoku jest trudne, nie mówiąc nawet o niebezpieczeństwie, które możemy pogorszyć samą czynnością opukiwania, względnie głębokiego oddychania chorego. W przypadku drugim nawału (przekrwienia) płuc stwierdzamy drobnobańkowe rzężenia lub trzeszczenia na części przekrwionego płuca, co zdradza nam źródło krwioplucia. W tym ostatnim przypadku można uzyskać znaczną poprawę, a nieraz i zatrzymanie krwioplucia każąc choremu położyć się na boku chorym. Autor przytacza podobny przypadek z własnej obserwacji. Korzystny wynik odnieść należy do zmniejszenia przekrwienia wywołanego prawami hemostatyki.

Zatrucie dialem z wysoką gorączką. Gorączka po zatruciu pochodnymi kw. barbiturowego. P. Jacquet i J. Delarne. *Soc. méd. des hôp. ad 26/1927.*

Autorowie opisują przypadek zatrucia dialem, w którym ciepłota czwartego dnia osiągnęła w sposób nagły 39.5° C. poczem natychmiast opadła. Na ogół podwyższenie ciepłoty ciała po zatruciu wewnątrz dialem, somnifenem i t. p. zdarza się często, choć rzadko bywa tak wysokie, mimo, że fizjologowie podają, iż śmierć w tych przypadkach występuje przy obniżeniu ciepłoty.

Toksyczne gruczolaki tarczycy, niewyczuwalne zapomocą palpacji. L. Dautrebande i A. Lemort. *Presse méd. nr. 69/1927.*

Autorowie podnoszą, że istnieje zespół chorobowy wywołany przez gruczolaka tarczycy, przyczem gruczolak ten niekiedy jest macalny i wyczuwalny jako twór twardy, łatwo przesuwalny w gruczole tarczykowym niezmienionym chorobowo, lub pod postacią prostego wola, niekiedy natomiast gruczolak znika, tj. przestaje być wyczuwalny, względnie od początku nie jest wyczuwalny. Autorowie zwracają uwagę, że gruczolak zupełnie mały (i badaniu niedostępny) może być przyczyną zaburzeń, prowadzących nawet do śmierci, wobec czego zwrócić należy uwagę na objawy chorobowe, które gruczolak ten wywołuje.

Toksyczny gruczolak tarczycy spotyka się częściej u kobiet, niż u mężczyzn i jest on schorzeniem występującem po 40 roku życia. Sam wygląd chorego, w szczególności wyraz twarzy, jest charakterystyczny, zdradzając wewnętrzny niepokój, trwogę, które odbijają się na psychice chorego. Skóra blada, niekiedy z lekkim żółtym odcieniem, brak wytrzeszczu oczu, drżenie rąk niezawsze stwierdzono, o ile zaś istniało, było ono słabego natężenia. Tętno szybkie — do 120 na minutę, często niemiarowe, przyspieszenie występowało łatwo po zmęczeniu. Strata na wadze, nieraz znaczna, klinicznie stwierdzić można zawsze przemianę materji wyraźnie wzmożoną (+ 30—40% niekiedy i więcej).

Autorowie przytaczają 3 historje choroby, w których powyższe cechy były wyraźne przy wyczuwalnym gruczolaku tarczycy, który po paru dniach stał się zupełnie niedostępny dla stwierdzenia zapomocą palpacji. 2 przypadki były operowane; w wyciętej tarczycy stwierdzono obecność gruczolaka (zapomocą mikroskopu potwierdzono istotę wyciętego tworu). W ostatnim przypadku tarczyca przed operacją była niepowiększona, wycięto 60 gr. gruczołu, w którym stwierdzono obecność wielu gruczolaków różnej wielkości. Największy był rozmiaru jaja gołębiego.

Etjologja Beri-beri. F. Coste. *Presse méd. 71/1927.*

Jak wiadomo istnieją do dziś dnia dwie teorje o etjologji beri-beri, schorzenia znanego w Japonji, archipelagu Malajskim, w Indjach, Chinach, Brazylji, zdarzającego się też sporadycznie i w Europie pod postacią osłabienia, parestezji, porażenia kończyn, czasem przepony; w postaci obrzękowej zaś ze zmianami w narządzie krążenia, serca w szczególności. Jedna z teorji głosi, że przyczyną schorzenia jest brak witamin (witam. przeciwnerwowa—*Funk*, czynnik B—

Mac Collum i *Davis'a*), druga zaś teorja, której zwolennikiem jest między innemi *Jeanselme*, widzi przyczynę schorzenia w jakimś, nieznanym bliżej zarazku, drobnoustroju. Autor przytacza długi szereg przykładów i faktów, na których zwolennicy obu teorji powołują się, przyczem nie brak danych zarówno z kliniki ludzkiej, jak i doświadczeń bardzo licznych na zwierzętach. Nie brak też i ankiet oraz prac zbiorowych (np. autorów japońskich), które jednak dotychczas nie wyjaśniły zagadnień etjologji beri-beri. Referatowy artykuł autora zawiera w końcu dość obszerne sprawozdanie z badań *Noël Bernarda* z Instytutu Pasteura w Saigonie. *Noël Bernard* opisuje swe doświadczenia, z których wynika, iż istnieje drobnoustrój zwany Bacillus asthenogenes (ruchliwa pałeczka 3.5 – 4 μ na 15 μ, zaopatrzona rzęskami, barwiąca się Gramem, lekko napęczniała pośrodku), który wprowadzony doustnie prosięciu wywołuje objawy chorobowe zupełnie analogiczne do beri-beri u ludzi (w postaci suchej nieobrzękowej). Bac. asth. nie znajduje się we krwi, stąd też posiewy krwi chorych na beri-beri pozostawały jałowe, natomiast drobnoustrój ten rozmnaża się w przewodzie pokarmowym i niektórych narządach. Działanie jego polega na wytwarzaniu toksyn i szczególnych fermentacji w przewodzie pokarmowym w warunkach beztlenowych. Toksyna wprowadzona dożylnie zabija szybko zwierzęta doświadczalne, wprowadzenie jej podskórnie jednorazowe jest bez szkody, częstotliwe natomiast mogą wywołać objawy porażenne. Z dalszych badań okazuje się, że spostrzeżenie dotyczące szkodliwości ryżu polerowanego (bez osłonek) jest w pełni uzasadnione. Nie chodzi tu jednak o pozbawienie ustroju witamin, zawartych w osłonkach ryżu, co uważano za bezpośrednią przyczynę beri-beri. Noel Bernard wykazał, że bac. asthen. hodowany na ryżu polerowanym, wywołuje fermentację kwaśną i lotną, której produktem jest kwas propionowy, podczas gdy podobna hodowla na osłonkach z ryżu wywołuje fermentację kwaśną, ale nielotną dzięki kwasowi mlekowemu. W żołądku zwierząt zakażonych (i u ludzi chorych na beri-beri) fermentacja kwaśna propionowa wywołuje niedokwaśność żołądka (achylia gastrica) i zaparcie stolca, a te warunki sprzyjają jeszcze bardziej rozwojowi drobnoustroju i pochłanianiu toksyn, wywołujących objawy chorobowe. Podobnie znajduje swe tłomaczenie przemiana fosforowa, na co już dawniej zwrócono uwagę.

Badania powyższe znajdują wreszcie potwierdzenie w odczynie odchylenia dopełniacza przy obecności antigenu z bac. asthen. U chorych stwierdzono 58—77% wyników dodatnich, podczas gdy u zdrowych odsetek wynosił 3—10% wyników dodatnich.

Doświadczenia i prace *Noel Bernarda* stanowią poważny krok naprzód w wyjaśnianiu pochodzenia beri-beri, potwierdzając w znacznej mierze słuszność dotychczasowych spostrzeżeń, nagromadzonych przez zwolenników obu teorji etjologji beri-beri.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Leczenie wąglika u ludzi surowicą specyficzną. E. Bodin. *La Presse méd. nr. 62. 1927.*

Leczenie to obecnie wypiera całkowicie z użycia dotychczas stosowane środki jak wypalanie miejsca zakażonego, lub obstrzykiwanie roztworem karbolu, które nieraz okazały się niepewne, bardzo bolesne, a ponadto dawały rozległe obumarcie tkanek.

Surowicę specyficzną wstrzykuje się podskórnie w ilości 20 — 40 cm³ na dawkę. Do przeprowadzenia całkowitego leczenia potrzeba od 50 do 200 cm³, przerywa się wstrzykiwanie z chwilą ustąpienia objawów ogólnych (ciepłota) i zatrzymania się w rozwoju objawów miejscowych, co następuje zwykle po 3 — 4 dniach. Niesłychanie ważnem dla wyniku ostatecznego jest możliwie wczesne rozpoczęcie leczenia, dopóki zakażenie, początkowo umiejscowione, nie ulegnie uogólnieniu, co niestety następuje nieraz już po kilku godzinach. Autor leczył w ten sposób 5 przypadków wąglika skóry, wszystkie były bardzo ciężkie i pomimo to we wszystkich otrzymał szybkie wyleczenie.

Skuteczne leczenie krwawień ginekologicznych wtrzykiwaniem stężonego roztworu cytrynianu sodu. S. Tzovaru i D. Mavrodin. *La Presse Méd. Nr. 64, 1927.*

Słabe roztwory cytrynianu sodu (1,5 — 10%) działają hamująco na krzepnięcie krwi, zaś roztwory stężone (30%) działają wprost przeciwnie, przyśpieszając krzepnięcie; mechanizm tego zjawiska nie jest dotychczas wyjaśniony. Na to działanie przeciwkrwotoczne stężonego roztworu cytrynianu sodu zwrócili po raz pierwszy uwagę przed 5 laty chirurdzy amerykańscy, stosując ten środek w całym szeregu (500) przypadków krwotoków i krwawień wewnętrznych i zewnętrznych z bardzo dobrym wynikiem.

Autorowie zastosowali środek powyższy w kilkudziesięciu przypadkach krwawień z narządów rodnych kobiecych o przyczynie miejscowej z wynikiem pomyślnym, szybkim i trwałym. Wprowadzano dożylnie lub domięśniowo 10 — 30 cm³ na dawkę 30% roztworu cytrynianu sodu z dodatkiem 10% chlorku magnezu (w celu obniżenia ciśnienia); dawkę tę powtarzano raz lub 2 razy tego samego dnia, lub następnego w miarę potrzeby.

Dawka trująca wynosi 15 gr. cytrynianu sodu, po której przekroczeniu mogą wystąpić kurcze kloniczne i toniczne, duszność i ślinotok, zwykła dawka lecznicza wynosi niespełna 4 gr.

Autorowie otrzymywali wyniki pomyślne i w tych przypadkach, gdzie zwykle stosowane w tych razach środki jak ergotyna, hydrastynina, adrenalina, żelatyna i chlorek wapnia zawodziły.

Pourazowe jałowe zapalenie opon mózgowych. M. Oudard. *Journ de Chir. 5, XXIX. Nr. 6, czerwiec 1927.*

Autor zwraca uwagę na występującą niezbyt rzadko po urazach czaszki postać zapalenia opon mózgowych, w przebiegu której wielokrotne i w różnych okresach choroby dokonywane badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazywało stale jego jałowość. Objawy kliniczne — jak przy zwykłem, zakaźnem zapaleniu opon, a więc wysoka gorączka typu nieprawidłowego, gwałtowne bóle głowy, wymioty, sztywność karku, objaw Kerniga i t. d.

Co do patogenezy, to najbardziej prawdopodobnem wydaje się, że chodzi tu o odległe działanie (może tylko samych jadów bakteryjnych) ogniska

zakażonego, położonego w pobliżu opony twardej. Rokowanie w tej postaci chorobowej jest naogół niezłe, a w każdym razie o wiele lepsze, niż w postaci zakaźnej, zresztą zależy od urazu pierwotnego. Leczenie polega na stosowaniu przez czas dłuższy nakłuć lędźwiowych i ewentualnem zaopatrzeniu ogniska pierwotnego zakażenia, będącego punktem wyjścia dla jałowego zapalenia opon mózgowych.

Wskazania i sposób stosowania worka Mikulicza. M. Villard. *Lyon Chirurgic. T. XXIV. Nr. 4, lipiec—Sierpień 1927.*

Sprawa stosowania worka Mikulicza, który oddał tak nieocenione usługi w czasach, kiedy aseptyka i wogóle technika operacyjna pozostawiały wiele do życzenia, w ostatnich latach znowuż wypłynęła na tory ożywionych rozpraw, mając gorących zwolenników i zawziętych przeciwników.

Czego można oczekiwać od zastosowania worka Mikulicza? Sączkowania w ścisłym tego słowa znaczeniu -- w stopniu niewielkim, gdyż tylko płyny surowicze mogą być wyssane przez gazę nazewnątrz, ropa ulega zatrzymaniu, nieraz po wyjęciu worka wylewają się duże jej ilości. Własność tamponowania czyli tamowania krwawień ma worek Mikulicza już w stopniu bez porównania większym, jakkolwiek główną jego rolą jest stworzenie w jamie brzusznej odgraniczonych ściśle przestrzeni, komunikujących się poprzez ranę operacyjną ze światem zewnętrznym, dzięki własności otrzewnej szybkiego sklejania się w pobliżu sączków gazowych i wytwarzania mocnych zrostów, ograniczających zamkniętą przestrzeń.

Z powyższego wypływają wskazówki, jak należy stosować worek Mikulicza (pojęty w ogólnem tego słowa znaczeniu jako rozległe sączkowanie gazą jamy otrzewnowej, z workiem właściwym lub bez, co ma już drugorzędne znaczenie). Nie należy go usuwać zbyt wcześnie, gdyż nie zdążą się wytworzyć potrzebne zrosty, ani też za długo zwlekać z wyjęciem, gdyż to sprzyja zatrzymywaniu się wydzieliny i worek podtrzymuje wówczas ropienie, jako ciało obce Zwykle wystarcza 7 — 10 dni.

Wskazania do stosowania worka Mikulicza uległy z czasem znacznemu ograniczeniu nie tylko w związku z udoskonaleniem aseptyki operacyjnej, ale także w miarę postępu techniki, która obecnie pozwala w wielu razach na anatomiczne wytworzenie zamkniętych przestrzeni dookoła ognisk zakażonych. Autor stosuje go w operacjach w miednicy małej i dużej z zakażeniem jamy otrzewnowej, w których anatomiczne odgrodzenie ogniska zakażenia mogłoby się okazać niewystarczającem; następnie w ostrem zapaleniu wyrostka z zakażeniem otrzewnej, w operacjach na drogach żółciowych i w operacjach na jelicie, zwłaszcza grubem. W operacjach żołądkowych worek stosuje rzadko, to samo w operacji Wertheima, w tym ostatnim przypadku jest to możliwe przy staranném unikaniu zakażania otrzewnej ze strony pochwy (autor operował w ten sposób 82 przypadki raka szyji macicy i ani razu nie miał zejścia śmiertelnego z powodu zakażenia).

Co warunkuje dobry wynik czynnościowy przy złym anatomicznym leczenia złamań Dupuytrena. M. G. Métivet. *Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chir. T. III, nr. 23, lipiec 1927.*

Autor spostrzegał przypadek złamania Dupuytrenowskiego niskiego, wyleczonego wadliwie ze zwichnięciem stopy do tyłu. Chora ta jednak używała swej chorej kończyny prawidłowo i bez żadnych dolegliwości. Na podstawie tego spostrzeżenia autor zestawia warunki, przy których wadliwy wynik anatomiczny leczenia tego złamania nie wyłącza dobrego wyniku czynnościowego. Więc przedewszystkiem brak ruchów bocznych w nowowytworzonym stawie skokowym górnym, gdyż ruchy te, uspasabiając do nawykowego wykręcania stopy, powodują ciągłe bole przy chodzeniu. Następnie ten nowy staw nie powinien umożliwiać ruchów stopy dokoła osi przedniotylnej, coby mogło stworzyć skłonność do jej ustawienia koślawego. Wreszcie nowy staw powinien umożliwiać zginanie grzbietowe stopy do kąta prostego względem podudzia, bo to ma duże znaczenie dla prawidłowego aktu chodzenia (możność oparcia pięty o ziemię).

Często bardzo wadliwie zrośnięte złamania dupuytrenowskie są źródłem znacznych zaburzeń statyki i usprawiedliwiają nawet daleko idące zabiegi operacyjne; złamania wadliwie wyleczone, któreby odpowiadały powyższym 3 warunkom, z dobrym wynikiem czynnościowym są naogół niestety rzadkie. Zbytecznem byłoby nadmieniać, że jakikolwiek zabieg w tych nielicznych szczęśliwych przypadkach byłby conajmniej zbędny.

Operacja wytworzenia przetoki pęcherzykowo-dwunastniczej o przebiegu śródściennym. O. Lambret. *La Presse Méd. nr. 72, 1927.*

Wynik pooperacyjny zespolenia pęcherzyka żółciowego z żołądkiem bywa często powikłany cofaniem się treści żołądkowej do pęcherzyka z następowym stanem zapalnym jego ściany, mniej lub więcej daleko posuniętym, wywołanym przez zakażenie lub drażnienie chemiczne pokarmami. Klinicznie przejawia się to bólami z prawej strony brzucha występującemi w ścisłym związku z przyjmowaniem pokarmów. Po zespoleniu pęcherzyka żółciowego z dwunastnicą powikłanie to występuje znacznie rzadziej i w bardziej łagodnej postaci, prawdopodobnie w związku z szybkiem przechodzeniem treści pokarmowej przez dwunastnicę.

Aby zmniejszyć do minimum to niebezpieczeństwo cofania się zawartości dwunastnicy do pęcherzyka, autor proponuje pewną odmianę zwykłego zespolenia pęcherzykowo-dwunastniczego, która polega na przekształceniu dna pęcherzykowego w rodzaj wąskiego przewodu, objętego dwoma fałdami przedniej ściany dwunastnicy (na sposób przetoki żołądkowej modo Witzel).

Technika. Po opróżnieniu pęcherzyka zapomocą nakłucia przyszywa się jego ścianę na granicy obwodowej i środkowej trzeciej części do prawego brzegu dwunastnicy 3—4 szwami jedwabnemi, przechodzącemi tylko przez surowicówkę; dno pęcherzyka leży wówczas poprzecznie na przedniej ścianie dwunastnicy. Następnie po zrobieniu 2 drobnych otworków zespoleniowych—jednego w dnie pęcherzyka, drugiego w przedniej ścianie dwunastnicy jaknajbli-

żej jej lewego brzegu—wpukla się cały dany odcinek dna pęcherzykowego, przekształcony w wąski kanał wraz z okolicą zespolenia, w ścianę dwunastnicy, fałdując ją ponad nim szwami surowicówkowemi.

Autor zabieg powyższy wykonał w 5 przypadkach z wynikiem zupełnie dobrym, objawów cofania się treści z dwunastnicy nie było; rentgenologicznie stwierdzono, że prawidłowa czynność dwunastnicy została całkowicie zachowana.

Rentgenoterapja przetok przewodu Stenona. R. Monod. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. T. LIII, nr. 24, lipiec 1927.*

Leczenie chirurgiczne przetok przewodu Stenona jest naogół niepewne, a często pozostaje bez wyniku. W ostatnich latach zaproponowano stosowanie w tym celu naświetlań promieniami X., które okazało się w następstwie bardzo celowem, pewnem w działaniu i, zwłaszcza w przeciwieństwie do metod chirurgicznych, bardzo prostem w wykonaniu. Leczenie to ma na celu przedewszystkiem wywołanie zaniku czynności odpowiadającej przyusznicy, do czego wystarcza dawka 2500 R, powtórzona parokrotnie z przerwami kilkudniowemi; zwykle do powstawania rumienia ani wypadania włosów na brodzie nie dochodzi.

Autor na poparcie powyższych wniosków przytacza obserwowany przez siebie przypadek rany policzka z uszkodzeniem przewodu Stenona, w którym na trzeci dzień wystąpiły objawy gromadzenia się wydzieliny przyusznicy w ścianie policzka w postaci szybko powiększającego się guza. Chory został poddany naświetlaniom promieniami Roentgena (3 posiedzenia w odstępach czterodniowych trwające 33, 33 i 37 minut. dawka 2500 R); w 2 dni po ostatniem naświetlaniu guz zaczął sie zmniejszać, po 10 dniach zniknął zupełnie. Obecnie upłynęło już $1^1/_2$ roku od tego czasu; chory cieszy się zupełnem zdrowiem, blizna pod względem kosmetycznym przedstawia się bardzo dobrze.

Postępowanie lecznicze w złamaniach szczęk wskutek postrzałów. G. Ginestet. *La Revue de Stomat, nr. 7, lipiec 1927.*

Najważnieisze jest jak najszybsze zestawienie i ustalenie odłamów, gdyż przez to najłatwiej uniknąć można powikłań: obrażenia otaczających ognisko złamania części miękkich, krwotoki, rozległe ropienie, pominąwszy już to, że sprawia się w ten sposób choremu ogromną ulgę. Ustalenie odłamów poprzedza toaleta rany, która polega na przepłókaniu jamy ustnej roztworem odkażającym (Dakin, nadmanganian potasu), usunięciu z ogniska złamania korzeni, zębów zepsutych i ewentualnych odłamów wolnych, ale co do tego ostatniego szczegółu, to zaleca się dużą powściągliwość; nie należy usuwać odłamów zdolnych do życia, gdyż mogą one [okazać się konieczne do powstania dobrego zrostu, wypełniając ubytek między odłamami, zwłaszcza że w złamaniach szczęk (szczególnie dolnej) nawet drobna wada zrostu może spowodować znaczne zaburzenia czynnościowe. Części miękkie należy jak najszybciej zeszyć ponad ogniskiem złamania, aby złamanie otwarte możliwie przekształcić w zamknięte.

Ustala się odłamy najlepiej zapomocą szyny srebrnej, do czego naturalnie już jest konieczna pomoc specjalisty—stomatologa; unieruchomienie takie pozwala na wczesne i swobodne poruszanie żuchwą. W razie niemożności zastosowania szyny wskutek braku odpowiednich zębów, pozostaje tylko unieruchomienie obu odłamów żuchwy względem szczęki górnej.

Do czasu otrzymania dostatecznego zrostu (przeciętnie 50 dni) chory otrzymuje tylko pokarmy płynne; jamę ustną należy często przepłókiwać środkami odkażającemi. W przebiegu gojenia się zdarzają się powikłania następujące: ropnie, które się szybko goją po nacięciu i ewentualnem usunięciu obumarłego odłamka jako najczęstszej przyczyny ropienia; staw rzekomy — zwykle po zbyt rozległem oczyszczeniu ogniska złamania z wolnych odłamków, i wreszcie zapalenie płuc zachłystowe.

Krwotoki kiszkowe w przebiegu raka kiszki grubej. Savy i Delore. *Journ. de Méd. de Lyon. T. VIII. Nr. 181, lipiec 1927.*

Zdarzają się niezbyt rzadko przypadki raka kiszki grubej, w których pierwszym nieomal i nieraz bardzo groźnym objawem są obfite i powtarzające się krwotoki kiszkowe, mogące być przyczyną ciężkiej niedokrwistości. Objaw ten jest ważny pod względem rozpoznawczym, gdyż wcześnie już każe myśleć o raku, zanim wystąpią inne jego objawy, jak zaparcia stolca na zmianę z biegunkami, bóle brzucha, wychudzenie, które przy poparciu wyników badania rentgenologicznego rozpoznanie właściwe robią pewnem. Krwotoki te grają tutaj taką rolę, jak wczesne krwotoki w gruźlicy płuc, zwracając uwagę lekarza i chorego we właściwym kierunku. Spowodowana przez nie ciężka niedokrwistość może stanowić przeciwskazanie do jakiegokolwiek zabiegu chirurgicznego. Wytworzenie operacyjne przetoki kiszkowej nie zawsze przerywa te krwawienia, co znacznie obciąża rokowanie w takich przypadkach.

Ustalenie odłamów zapomocą śruby w przypadkach stawu rzekomego szyi kości udowej. L. Tavernier. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. T. L, III, Nr. 23, lipiec 1927.*

Omówiwszy wady operacji Delbeta w tych przypadkach (trudność dokładnego zestawienia odłamów, zrost niepewny i powolny, konieczność użycia przeszczepu kostnego) i ujemne strony wyjęcia główki kości udowej (skrócenie kończyny i następowe zaburzenia statyczne), autor proponuje sposób następujący. Cięcie Olliera „en tabatière", które jest o wiele dogodniejsze od cięcia Lambotte'a (na przedniej powierzchni), dającego niedostateczny dostęp do okolicy złamania i krzyżującego duże pnie naczyniowe. Po przepiłowaniu krętarza dużego i udostępnieniu sobie odłamów pod kontrolą oka odświeża się powierzchnie złamania, doprowadza się przez pociąganie ku dołowi za kończynę odłamy do prawidłowego zetknięcia się ze sobą, poczem ustala się je zapomocą śruby w sposób zwykły; wreszcie dwoma gwoździami umocowywuje się na miejscu krętarz duży. Opatrunek gipsowy na miednicę i całą kończynę na przeciąg miesiąca, po tym terminie — miesienie i gimnastyka w łóżku, chodzić pozwala się

po 3 miesiącach. Autor operował w ten sposób parokrotnie, zawsze z wynikiem pomyślnym.

M. Czyżewski.

Pyelografja i pyeloskopja w rozpoznaniu guzów nerki i miedniczki. G. Motz. *Maloine, 1927 r.*

Guzy nowotworowe nerki, rosnące odśrodkowo— w mniejszym stopniu, szerzące się dośrodkowo, w kierunku przewodów wyprowadzających — w większym, powodują przemieszczenie względem siebie kielichów miedniczki i moczowodu, ich ucisk od zewnątrz lub też wypełnienie masami nowotworowemi. Zmiany powyższe znajdują swój wyraz w szeregu obrazów. otrzymanych przy pomocy pyelografji, które można sklasyfikować w sposób następujący.

I. Znaczne zniekształcenie miedniczek i kielichów w całości tak, że obraz otrzymany bardzo mało przypomina stosunki prawidłowe. Ma to miejsce w przypadkach pierwotnych guzów miedniczki i kielichów, lub guzów miąższu bardzo zaawansowanych i rozrosłych.

II. Brak mniej lub więcej zupełny jednej z części składowych obrazu prawidłowego t. j. miedniczki lub jednego z kielichów, przyczem zmiany te mogą się ograniczyć tylko do spłaszczenia miedniczki, zwężenia lub skrócenia kielichów.

III. Ubytki cienia przybrzeżne (w kształcie zatok) lub środkowe; te ostatnie są dość rzadkie, gdyż guz w tych przypadkach musi być tak mały, aby nie wypełnił sobą całej miedniczki, a z drugiej strony — dość zbitej budowy, aby spowodować odpowiednie wyjaśnienie. Ubytki zatokowate, przybrzeżne odpowiadają rozrastaniu się guza, wychodzącego z miąższu, w kierunku światła miedniczki i kielichów.

IV. Zmiany we wzajemnem położeniu kielichów względem siebie — prawidłowo kielich górny jest skierowany do góry i nieco nazewnątrz, kielich dolny — w dół i nieco nazewnątrz, środkowy zaś jest bardzo zmienny w swem położeniu i zwykle znajduje się w połowie odległości między pozostałemi kielichami.

V. Odchylenie górnego końca moczowodu w stronę kręgosłupa—zwykle przy dużych guzach, wychodzących z dolnego bieguna nerki.

VI. Wreszcie zatarcie zarysów miedniczki i kielichów i ich niepodatność, sztywność, uwarunkowana przez nacieczenie nowotworowe ich ściany (stwierdzić ją można naturalnie tylko przy pomocy pyeloskopji).

Wszystkie powyżej omówione zmiany nie są bynajmniej charakterystyczne dla nowotworów nerki, gdyż cały szereg innych czynników może dać zmiany podobne jak: obecność skrzepów krwi, kamieni, zakażenia (gruźlica), obecność kielichów nadliczbowych i podzielonych; następnie źródłem pomyłek rozpoznawczych w odczytywaniu obrazów pyelograficznych może być niedostateczne wypełnienie miedniczki płynem kontrastowym wskutek błędu technicznego; zatarcie zaś zarysów miedniczki i kielichów może być uwarunkowane również przez niezupełne zatrzymanie oddechu przez chorego w chwili zdjęcia, lub przez obecność wydatnych skurczów miedniczkowych. Wiele z tych błędów można uniknąć, stosując dodatkowo pyeloskopję, która pozwala na dokładne obmacanie danej okolicy pod ekranem i na obejrzenie nerki przy różnych położeniach ciała, w różnych kierunkach.

Nie trzeba chyba zaznaczać, że jak przy stosowaniu wszelkich innych metod badania klinicznego, tak i tutaj — wynik ujemny nigdy nie upoważnia do odrzucenia możliwości rozpoznania guza nowotworowego, gdyż guzy te we wczesnych okresach swego rozwoju mogą nie dawać żadnych zmian w obrazie miedniczki i kielichów.

Pozostaje teraz jeszcze określić znaczenie kliniczne pyelografji jako metody rozpoznawczej.

Objawy kliniczne nowotworów nerki dają się sprowadzić do 3 zasadniczych: bóle, obecność guza i krwiomocz. W przypadkach, w których wszystkie 3 objawy są obecne, pyelografja jest zbędna, gdyż rozpoznanie w nich jest pewne i na operację zwykle bywa już za późno. Nawet wtedy, kiedy stwierdzamy tylko obecnośc guza, pyelografja niewiele nam pomoże, gdyż wynik operacyjny wskutek przekroczenia przez nowotwór granic nerki (zwłaszcza o ile wychodzi z górnego bieguna) bywa często niepewny. Właściwym terenem zastosowania pyelografji są przypadki, gdzie mamy do czynienia tylko z krwiomoczem, który w 70% przypadków nowotworów nerek bywa pierwszym objawem. Tutaj pyelografja przez wyłączenie gruźlicy, kamicy i zapalenia nerek umożliwi poddanie chorego wczesnej operacji, co z kolei, przez sprowadzenie do minimum wstrząsu operacyjnego i ewentualności nawrotu, zaważy w sposób dobroczynny na losach chorego.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Niepłodność pochodzenia macicznego. Chatillon. *Gynecologie et Obstetrique. T. XVI. Nr. 2.*

Leczenie bezpłodności kobiety zacząć należy od badania jej męża, biorąc pod uwagę rzeżączkę, i stwierdzając jakość nasienia. Następnie konieczne jest stwierdzenie drożności jajowodów za pomocą przedmuchiwania lub ewentualnie hystero-salpingografji.

Naogół zaznaczyć należy, że schorzenia szyjki są znacznie częściej przyczyną niepłodności, niż schorzenia trzonu macicy. Te ostatnie rzadko bywają jedyną przyczyną bezpłodności, zazwyczaj równocześnie zajęte są jajowody lub jajniki. Przechodząc kolejno do omówienia rozmaitych stanów patologicznych macicy, mających związek z niepłodnością kobiety, należy baczną uwagę zwrócić na niedorozwój macicy. Ten stan patologiczny jest przyczyną niepłodności w dużym odsetku przypadków (około 60%) i poddaje się leczeniu tylko wówczas, kiedy macica ma przynajmniej 4— 5 cm długości. Postępowanie lecznicze mieć powinno na względzie tak bezpośrednie działanie na macicę, jak pośrednie — przez jajnik. Chatillon zaleca powolne rozszerzanie macicy, masaż, kąpiele, djatermję, le-

czenie wyciągami z gruczołów. W stosunku do metody pobudzania czynności jajników promieniami Roentgena autor ma poważne zastrzeżenia. Leczenie niedorozwoju macicy ma tem większe widoki powodzenia, im rozpocznie się je we wcześniejszym wieku. Zwężenia szyjki macicznej nie są bynajmniej tak częstą przyczyną niepłodności, jak to myślano poprzednio. Towarzyszą one natomiast dość często innym stanom chorobowym, jak zapalenie szyji macicznej, lub zmiana w położeniu macicy. Wśród tych ostatnich najważniejszą rolę odgrywa nadmierne przodozgięcie macicy. Leczniczo zaleca Chatillon rozszerzenie kanału szyjki bądź zapomocą pałeczek blaszecznicy (laminaria), bądź na drodze operacyjnej. W przypadkach tyłozgięcia macicy autor widywał dobre wyniki (zajście w ciążę) po założeniu wianka, jednak za postępowanie najlepsze uważa on przyszycie macicy lub więzadeł do powłok brzusznych. Wśród włókniaków macicy, tylko włókniaki podśluzowe mogą mieć bezpośredni wpływ utrudniający zapłodnienie. Nagół Chatillon radzi stosować leczenie operacyjne; promienie Roentgena mogą tylko w wyjątkowych przypadkach wpłynąć na włókniak, nie niszcząc jednocześnie jajnika i jego czynności.

Stany przerostowe śluzówki macicy (metropathia haemorrhagica, hyperplasia mucosae) mogą być przyczyną niepłodności, leczenie po próbnej skrobance i zbadaniu wyskrobin, winno odnosić się do jajnika. Dobre wyniki dają niekiedy organopreparaty, ewentualnie naświetlanie śledziony. O ile krwawienia nie ustają, lekarz zmuszony jest zastosować naświetlanie jajnika, niszcząc jego tkankę.

Zapalenie śluzówki szyjki, częsta przyczyna nieniepłodności, wymaga energicznego leczenia; autor poleca pałeczki Filhos lub amputację szyjki (metoda Touey-Forgue).

Zapalenie śluzówki macicy rzadko bywa przyczyną niepłodności, raczej powoduje ono częste poronienie samoistne. Leczenie tego schorzenia winno być zawsze poprzedzone leczeniem szyjki, której schorzenie jest najczęściej przyczyną niepłodności. Skrobanie jamy macicy winno być stosowane z wielką ostrożnością, i to tylko w przypadkach krwawień macicznych.

T. Zawodziński,

Niepłodność pochodzenia trąbkowego. Douay. *Gynecologie et Obstetrique. T. XVI. Nr. 2.*

Na zasadzie swego długiego i wszechstronnie opracowanego referatu autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Wszelkie postępowanie lecznicze w niepłodności winno być poprzedzone przez badanie nasienia męża (wina niepłodności małżeństwa leży mniej więcej w 15% przypadków po stronie męża).

2. Na zasadzie przedmuchiwania jajowodów stwierdzić można, że niepłodność ma miejsce w 42% przypadków przy drożnych jajowodach, w 24% przy jajowodach zamkniętych. Przypadki wątpliwe stanowią 16%. W 18% przypadków trąbki początkowo zamknięte uzyskują drożność po przedmuchiwaniu. Z tej ostatniej grupy około $^1/_3$ kobiet zaszło w ciążę.

3. Badanie roentgenowskie po wprowadzeniu lipiodolu do macicy pozwala na sprawdzenie wyniku przedmuchiwania jajowodów, ewentualnie na określenie umiejscowienia przeszkody.

4. Dokładne metody badania pozwalają na przedsiebranie leczenia operacyjnego li tylko ze wskazań na niepłodność.

5. Wśród rozmaitych sposobów postępowania najlepsze wyniki daje uwolnienie trąbki ze zrostów (Salpingolysis); ilość zajścia w ciążę po tej operacji dochodzi do 16% przypadków.

Salpingotomia dawała około 5% wyleczeń, quoad graviditatem obecnie wyniki stają się coraz lepsze.

Wszczepienie trąbki do macicy i jajnika do niej stanowią dwie metody przyszłości, z których pierwsza zwłaszcza wzbudza nadzieję, ze względu na to, że pozostawia ona zupełnie nietkniętą bańkę jajowodu i jej strzępki.

Ilość przypadków wyleczonych będzie się z biegiem czasu powiększać w miarę ulepszenia metod rozpoznawczych i techniki operacyjnej, opierającej się na możliwie dokładnem zrozumieniu fizjologji jajowodów. *T. Zawodziński.*

Rozpoznanie krwisteku zapomocą szybkości opadania krwinek. Sigalas. *Gynecologie et Obstétrique T. XVI, nr. 1.*

Przytoczywszy 10 przypadków krwisteku w jamie brzusznej z powodu ciąży trąbkowej, pękniętej i, stwierdziwszy w nich przyśpieszone opadanie krwinek, autor wywodzi, że powyższa metoda laboratoryjna ma duże, choć pomocnicze, znaczenie w rozpoznaniu krwisteku. Metoda, którą posługiwał się autor, była następująca: do 2 cm. strzykawki wciągał 0,4 cm^3 4% roztworu cytrynianu sodu i 1,6 cm^3 krwi z żyły łokciowej; po dokładnem zmieszaniu zawartości strzykawki wylewał ją do probówki o średnicy 5 mm, podzielonej na 100 podziałek, w taki sposób, żeby podziałka 100 odpowiadała 2 cm^3, następnie ściśle po godzinie odczytywał wynik; probówka przez cały ten czas winna być ochroniona przed wstrząsaniem. Za opadanie prawidłowe uważał spadek poziomu krwinek mniejwięcej do podziałki 80. W przypadkach krwisteku, obserwowanych przez autora, poziom opadania krwinek równał się od 32 — 48. Podkreślić należy, że przyśpieszenie opadania krwinek, jest do pewnego stopnia patognomoniczne w tych przypadkach, gdzie niema zgoła objawów zapalenia. Tam, gdzie są te ostatnie, wartość omawianej metody jest bardzo względna. W przypadkach, w których objawy sprawy zapalnej ewent. się toczącej są niejasne, należy dodatkowo wykonać morfologiczne badanie krwi, pamiętając, że wzmożona ilość białych ciałek odpowiada sprawie zapalnej.

W sprawie pochodzenia powikłań sercowych w ciąży. Harteman. *Gynecologie et Obstétrique T. XVI, nr. 1.*

Autor dzieli schorzenia serca spostrzegane w czasie ciąży na dwie grupy: w pierwszej występuje na plan pierwszy zastój w dużem krążeniu, w drugiej — ostry zastój w małem krążeniu bądź też obrzęk płuc. Zaburzenia w grupie pierwszej bywają bardzo różnego napięcia; od lekkich dolegliwości, jak nieznaczna duszność, nieco bicia serca, aż do ciężkich objawów niewydolności serca. Pomiędzy tymi kraň-

cowymi stopniami stoi t. hyposistolie, która'z w ciąży charakteryzuje się szczególnie częstemi i wybitnemi powikłaniami płucnemi, często stwierdza się krwioplucie. Natomiast krwawienia maciczne, uważane przez niektórych za patognomoniczne przy schorzeniach serca w ciąży, zdaniem autora zależą przedewszystkiem od miejscowych zmian macicy. Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że w czterech przypadkach spostrzegał autor krwawienia podczas porodu w związku ze schorzeniem serca. Objawy niedomogi (hyposistolie) występują zwykle około szóstego miesiąca ciąży, natomiast zupełna niewydolność serca (asystolie) łączy się bądź to z końcem ciąży, bądź z porodem, bądź nawet występuje dopiero na 4 — 8 dzień połogu.

Obrzęk płuc, jako niezmiernie groźne powikłanie, najczęściej występuje natychmiast po wydaleniu płodu, może jednak mieć miejsce dopiero na 4-ty lub 8-my dzień połogu.

Przeglądając przyczyny, jakie mogą powodować wystąpienie objawów sercowych w czasie ciąży, autor stawia na pierwsze miejsce wady serca (schorzenia zastawkowe); dalej, schorzenia nerek, jakkolwiek naogół rzadkie w ciąży, dają stosunkowo duży odsetek powikłań sercowych, przedewszystkiem pod postacią obrzęku płuc; wreszcie, znany po za ciążą wpływ garbu wysoko usadowionego na schorzenia serca, odbija się tembardziej w czasie ciąży, powodując przedewszystkiem typ niedomogi względnie niewydolności serca.

Zastanawiając się nad pytaniem, na jakiej drodze działa ciąża na serce przy istniejących wyżej wspomnianych czynnikach usposabiających, autor dochodzi do wniosku, że jedyną wielkością zmieniającą się w czasie ciąży w krwiobiegu, jest ilość krwi i ona to, nie podnosząc zresztą ciśnienia, wzmaga pracę serca. Ten czynnik mechaniczny objaśnia dobrze, dlaczego objawy niedomogi serca występują zwykle około 6-go m. ciąży; natomiast groźne objawy, jakie mają miejsce w piątym lub ósmym dniu połogu, znajdują wytłumaczenie w nagle zmienionych warunkach krążenia na skutek zwijania się macicy i zniknięcia z ogólnego krwiobiegu krążenia płodowo-łożyskowego.

Powstawanie ostrego obrzęku płuc natychmiast po wydaleniu płodu jest skutkiem nagłego zmniejszenia się ciśnienia w jamie brzusznej, podobnie, jak bywa przy wypuszczeniu odrazu znacznej ilości płynu przesiękowego z opłucnej.

Po za czynnikiem mechanicznym głównie działającym w przypadkach z niedomogą serca, odgrywa dużą rolę w powstawaniu powikłań sercowych w ciąży czynnik toksyczny, występuje on tam, gdzie istnieje schorzenie nerek i jako główny objaw daje obrzęk płuc.

Czynnik toksyczny nie tylko wpływa bezpośrednio na mięsień sercowy, ale również na drodze wzmożenia oporów obwodowych, przedewszystkiem w nerkach i przez wzmożenie ciśnienia krwi. Zatrucie działa najczęściej w przypadkach dotyczących kobiet starszych, co potwierdza również statystyka autora.

Czynnik zapalny, zdaniem autora, jest prawie bez znaczenia w powstawaniu omawianego schorzenia. Reasumując, autor stwierdza, że powikłania sercowe podczas ciąży zależne są przedewszystkiem od warunków mechanicznych krążenia, jakie stwarza ciąża poród i połóg. Zatrucie i uszkodzenie nerek wchodzą w grę przedewszystkiem tam, gdzie występuje obrzęk płuc; czynnik zaś zakaźny może tylko wyjątkowo być przyczyną objawów sercowych w czasie ciąży.

T. Zawodziński.

Leczenie w przypadkach przodującego łożyska. Ramos P. A. i Basan. *Gynecologie et Obstetrique. T. XVI. Nr. 1.*

Przegląd statystyki ze szpitala Rivadavia w Buenos-Aires z ostatnich lat doprowadza autorów do wniosku, że postępowaniem leczniczem najbardziej zbliżającem się do ideału w przypadkach łożyska przodującego jest cięcie cesarskie. Radzą oni możliwie rozszerzyć wskazania do tego zabiegu, pozostawiając dla rozwiązywania rodzącej per vias naturales tylko wyjątkowo nadające się przypadki przedewszystkiem porodów niewczesnych i przy bocznem lub brzeżnem usadowieniu łożyska przodującego. W tych jednak przypadkach zalecają oni metody postępowania jak najbardziej ostrożne i zachowawcze i unikanie szybkiego, gwałtownego rozwiązania.

Zdaniem R. i B., należy bezwzględnie każdy przypadek przodującego łożyska kierować do zakładu położniczego a, w związku ze znaczną skłonnością do zakażenia w tych przypadkach, możliwie ograniczyć ilość badań wewnętrznych. W statystyce autorów na 8,834 porody było 104 przypadki łożyska przodującego. 8 przypadków skończyło się zejściem śmiertelnem matek (7,68%) z powodów następujących: zakażenie w 3 przypadkach, ostra niedokrewność w—4, pęknięcie dolnego odcinka — w 1 przypadku. Przeglądając krytycznie ex post wymienione przypadki śmiertelne, autorowie stwierdzają, że według swych obecnych poglądów wykonaliby w trzech przypadkach cięcie cesarskie, zamiast rozwiązywania per vias naturales, a w innych trzech robiliby sectio caesarea natychmiast, nie zaś dopiero po stwierdzeniu niepowodzenia metod innych. Śmiertelność dzieci zdolnych do życia wynosiła 20% (21 dzieci).

T. Zawodziński.

Uszkodzenie jelita przy próbie poronienia. Jonescu i Hristu. *Gynecologie et Obstetrique. T. XVI. Nr. 1.*

Autorowie opisują przypadek, w którym akuszerka, podczas wykonywania sztucznego poronienia u 33 letniej kobiety, przebiła macicę w jej przedniej ścianie pałeczkami blaszecznicy, nie zauważywszy tego i bez objawów bólowych ze strony roniącej. Następnie, przy próbie skrobanki, wyciągnęła wyżej wspomniana akuszerka kawał (10 — 15 cm) jelita cienkiego i odcięła go nożyczkami. Szybka, bo w trzy godziny po uszkodzeniu, interwencja chirurgiczna autorów, polegająca na zaszyciu jelita i odcięciu nadpochwowem macicy, uratowała chorą, pod koniec zabiegu założono worek Mikulicza i wprowadzono seton gazowy przez pochwę. Podczas leczenia pooperacyjnego stosowano bouillon-vaccin (przesączę bakteryjne) w okładach do wewnątrz rany. Podkreślić należy, że otwór po przebiciu macicy był zabliźniony i pokryty otrzewną. Zaznaczyc wypada, że pierwsze wprowadzenie pałeczki blaszecznicy miało miejsce na trzy dni przed wyżej opisaną próbą skrobanki.

T. Zawodziński.

Lymphorragia z narządów rodnych kobiety. Hamand A. *Bulletin de la Soc. d'Obstetrique et de Gynécologie Nr. 8. Septembre 1927.*

Przytoczywszy 4 przypadki obserwowane osobiście, autor zwraca uwagę na znaczny odpływ chłonki (lymphorragie), jaki ma miejsce w niektórych przypadkach po wyjęciu macicy z powodu włókniaków. Naczynia chłonne, podobnie jak żylne, są zwykle silnie rozwinięte w szerokiem więzadle przy obecności włókniaków; odpływ chłonki z naczyń chłonnych bywa niekiedy tak silny, że powoduje śmierć. W przypadkach autora lymphorragia występowała na 12, 14, 15 i 18 dzień po operacji, niekiedy z taką siłą, że chora traciła olbrzymie ilości płynu limfatycznego. Leczenie, zresztą zawsze uwieńczone dobrym wynikiem, polegało na systematycznem tamponowaniu pochwy i przepłukiwaniu jej 10% rozczynem wody utlenionej.

T. Zawodziński

Uciskanie aorty brzusznej podczas każdego cięcia cesarskiego. Garipny M. *Bulletin d. l. Soc. d'Obstètrique et de Gynec. Nr. 8 1927.*

Autor zaleca w czasie cięcia cesarskiego ucisk na aortę brzuszną w ciągu kilku minut (5 — 7), aby zmniejszyć ilość utraconej krwi w czasie operacji, co wpływa znakomicie na przebieg pooperacyjny, a odbija się przedewszystkiem na tętnie, które już na 2—3 dzień po zabiegu spada do 80 a nawet 60 uderzeń na min. Wśród 7, przytoczonych przez autora przypadków, jeden tylko przebiegał z powikłaniami, których źrodło odnieść należy do wyżej wspomnianego ucisku. Mianowicie, w 48 godz. po zabiegu, wystąpił niedowład dolnej połowy ciała: zniesiona zdolność ruchu w obydwu kończynach, czucie zachowane, ale naskutek niedowładu zwieraczy odbytu i pęcherza — chora oddawała bezwiednie kał i mocz. Na VI dzień po zabiegu minęły te wszystkie objawy i chora wypisała się zdrowa. Porównawszy wyżej opisany przypadek z wynikami badań nad zwierzętami, autor dochodzi do wniosku, że u ludzi ucisk aorty brzusznej ma znaczenie bardziej krótkotrwały wpływ na ośrodki rdzenia ruchome, i że wobec tego niema przeciwwskazania do stosowania tego prostego i pożytecznego rękoczynu.

T. Zawodziński

CHOROBY NERWOWE I UMYSŁOWE.

Leczenie gorączkowe porażenia postępującego zapomocą dożylnego stosowania szczepionki. Sicard, Haguenau i Wallich. *Revue Neurologique T. II. Nr. 1. 1927. Posiedzenie T-wa Neurologicznego w Paryżu z dnia 7 lipca 1927 r.*

Zagadnienie, czy korzystny wpływ leczenia zimnicą porażenia postępującego jest zależny od wstrząsu termicznego, czy też od swoistego działania zarazków zimnicy na krętki, jest rozstrzygane na korzyść pierwszego poglądu. Autorowie przeto zajęli się poszukiwaniem innego sposobu, mniej niebezpiecznego, wywoływania napadów gorączkowych. Probowali w tym celu nukleinian sodu, pepton, mleko, collobiazę, złoto, propidon i wreszcie zatrzymali się na preparacie zwanym „Dmelcos" (vaccin antichancrelleux de Nicolle), który znajduje się w handlu w ampułkach po 0,5 cm^3 (250 miljonów drobnoustrojów) i 2,5 cm^3 (675 miljonów)' Zaczynają od dawki 250—700 miljonów dożylnie: w dwie do trzech godzin występują silne dreszcze, trwające około pół godziny, przyczem ciepłota wznosi się do 38°—40° i stopniowo powraca do normy w ciągu 10—12 godzin. Odczyn gorączkowy występuje bez zmiany, ciepłota dosięga tej samej wysokości nawet przy 40 wstrzyknięciu co przy 2 lub 3. Autorowie poddali tej metodzie leczenia 3 paralityków i stwierdzili wyraźną poprawę stanu psychicznego.

Przypadek guza robaka środkowego. O względnej nieszkodliwości badania bezpośredniego mózgu. Znaczenie napadów bólu głowy podpotylicznego z opistotonusem głowy w guzach zamykających wodociąg Sylwjusza. Vincent i Rappapoport. *Revue Neurologique, T. II, Nr. 1. Posiedzenie T-wa Neurologicznego w Paryżu z dnia 7 lipca 1927 r.*

35 letnia chora zapadła przed 6 tygodniami na objawy dysmetrji w kończynach lewych, następnie wystąpiły gwałtowne bóle głowy z wymiotami, osłabienie wzroku (tarcza zastoinowa) i podwójne widzenie (porażenie nerwu odwodzącego prawego). Podczas badania chora nagle uczuła silny ból w tyłogłowiu, głowa się przegięła w tył i w lewo, chora niemal zaniewidziała, wystąpiła bladośc twarzy, bezdech. Po chwili te groźne objawy ustąpiły. Operowana nazajutrz przez de Martel'a: w znieczuleniu miejscowem w pozycji siedzącej obnażono móżdżek i przeszukano oba kąty móżdżkowo-mostowe oraz obejrzano komorę czwartą, gdzie stwierdzono guz, wychodzący prawdopodobnie z móżdżka. Chora zniosła zabieg dobrze, w ciągu paru tygodni objawy ustąpiły i obecnie czuje się uleczoną. Przypadek ten nasuwa refleksje następujące: 1) badanie bezpośrednie mózgu jest względnie nieszkodliwe o ile jest dokonywane z odpowiednią techniką. 2) napady bólu głowy, umiejscowione pod potylicą i połączone z przegięciem głowy ku tyłowi pozwalają rozpoznawać guz, zaciskający wodociąg Sylwjusza.

Encefalografja arterjalna i jej znaczenie przy lokalizacji guzów mózgu. Moniz. *Revue Neurologique. T. II. Nr. 1, 1927. Posiedzenie T-wa Neurologicznego w Paryżu z dnia 7 lipca 1927 r.*

W obszernym referacie autor omawia wyniki dotychczasowych prób encephalografji przez wstrzykiwanie dokomorowe bądź powietrza, bądź płynów barwnych, przyczem podkreśla dość znaczną śmiertelność tych metod badania. Wobec tego, postawił sobie za zadanie znalezienia sposobu uwidaczniania na encephalogramach naczyń mózgowych w tem założeniu, że, w razie obecności, guza, przebieg ich powinien się odchylać od normy. Po długich i mozolnych badaniach wstępnych na zwierzętach i zwłokach wykonał parę wstrzyknięć (25% jodku sodu) u chorych z guzami mózgu i otrzymał bardzo zajmujące rentgenogramy. Metoda jego jest jednak bardzo skomplikowana i obecnie jeszcze się nie nadaje do szerszego zastosowania.

Zespół neuro-anemiczny. Zadziwiający wynik leczniczy metodą Whippla. Crouzon, Mathieu i Gilbert-Dreyfus. *Revue Neurologique. T. II. Nr. 1, 1927. Posiedzenie T-wa Neurologicznego w Paryżu z dnia 7 lipca 1927 r.*

44-o letni chory cierpi od 9-u miesięcy na dolegliwości trawienne i ostatnio na osłabienie kończyn dolnych. Klinicznie: niedokrwistość postępująca złośliwa i objawy skombinowanego zwyrodnienia rdzenia kręgowego. Zalecono leczenie metodą Whippla (spożywanie 250 gotowanej wątroby cielęcej na dobę), szybka poprawa i to zarówno ze strony krwi, jak i objawów nerwowych, tak że po upływie 4 miesięcy chory czuje się zdrów.

Przypadek guza przysadki o powolnym rozwoju w kierunku siodła tureckiego. Schedrovitsky. *Revue Neurologique. T. II. Nr. 1, 1927. Posiedzenie T-wa Neurologicznego w Paryżu z dnia 7 lipca 1927 r.*

Chora 37-o letnia cierpi od 5 lat na gwałtowne bóle głowy w okolicy skroniowej prawej, przeciw którym stosowano bezskutecznie najrozmaitsze metody leczenia (różne analgetica, usunięcie 15 zębów, elektryzacja nerwu trójdzielnego, dekapsulacja nerek). Autor zwrócił uwagę na akromegaliczny wygląd chorej, przy ujemnym zresztą wyniku badania neurologicznego; rentgenogramy wykazały rozległe zniszczenie siodła tureckiego. Autor podkreśla, że przypadek jego jest jeszcze jednym dowodem, że guz przysadki jako taki nie powoduje ani glykosurji, ani polyurji, ani dystrofji tłuszczowo-płciowej, które należą do zespołu lejkowo-guzowego. U chorej był on przyczyną wystąpienia akromegalji, którą autor wiąże przyczynowo z guzem przysadki o komórkach kwasochłonnych. Brak objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego autor tłumaczy wzrostem guza zewnątrzczaszkowym w kierunku siodełka tureckiego, bóle zaś głowy wiąże z rozciąganiem opony twardej przysadki.

S. Leśniowski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

O raku barwikowym w przebiegu xeroderma pigmentosum. J. Nicolas, M. Tarze et Dupasquier. *Annales de dermatol. et de syphil. nr. 8 i 9, 1927.*

Podkreślając we wstępie, że bywają 2 postacie tego schorzenia: jedna, dająca punkt wyjścia rakom skórnym, druga zaś, znacznie rzadsza, której następstwem są raki barwikowe z następną ogólną melanozą organów wewnętrznych, autorowie opisują przypadek własny, tyczący kobiety 30-letniej, która od dzieciństwa cierpiała na xeroderma pigmentosum, zgłosiła się zaś do szpitala z powodu wytworzenia się na twarzy guzków czarnej barwy, oraz wybitnego powiększenia się gruczołów karkowych. Guzki oraz jeden z gruczołów zostały usunięte operacyjnie. Po miesiącu chora zaczęła silnie gorączkować do 39°, przyczem wytworzył się bolesny guz w okolicy obojczyka lewego. Stwierdzono zmiany w płucach, odpowiadające obrazowi zapalenia oskrzelowego płuc, oraz bolesność w okolicy wątroby. Wysoka ciepłota z niewielkiemi wahaniami stale się utrzymywała, przyczem występowało coraz większe osłabienie ogólne. Po 6 tygodniach—exitus letalis. Sekcja wykazała w gruczołach chłonnych i prawie we wszystkich narządach wewnętrznych ogniska czarnej barwy, których badanie mikroskopowe wykazało budowę odpowiadającą rakowi barwikowemu (epitheliome melanique). Autorowie przytaczają nieliczne przypadki podane w literaturze.

Leukoplazja syfilityczna macicy i rak. P. Mieriel. *Annales de dermatol. et de syphil. nr. 8 i 9, 1927.*

Opisując obserwowany przez siebie przypadek leukoplazji macicy na tle kiły, oraz podkreślając związek, istniejący pomiędzy leukoplazją a powstawaniem raka macicy, autor dochodzi do wniosku, że niewątpliwie istnieje związek również między kiłą i rakiem macicy, co dawno już jest podnoszone w literaturze. (Odczyn Wassermanna w raku macicy w 50% jest dodatni). Często można obserwować leukoplazję czystą, gdzie nie stwierdza się jeszcze zwyrodnienia rakowego — ta jest zawsze na tle kiły. Prawdopodobnie leukoplazja jest stadjum przejściowem między kiłą macicy i jej rakiem.

Przypadek wilka skórnego powieki górnej i okolicy łuku brwiowego oka lewego, wyleczony chirurgicznie. Louste, Dupuy-Dutemps i Thibaut. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et de Syphiligraph. Nr. 6. Czerwiec 1927.*

W wilku skóry leczeniem, które zawsze najpewniej prowadzi do celu, a nieraz jest jedynem, dającem wyzdrowienie, jest zabieg chirurgiczny. Przemawia zatem następujący przypadek.

Chory od 15 lat jest nosicielem wilka skóry powieki górnej i okolicy brwiowej oka lewego; stosował w tym czasie za poradą lekarzy najrozmaitsze środki — między innemi radjoterapję i zamrażanie dwutlenkiem węgla — bez najmniejszego wyniku, wobec czego zdecydował się na operację. Zabieg wykonano dwuczasowo: za pierwszym razem zrobiono tarsorafję, usunięto skórę z całej powieki górnej za wyjątkiem brzegu rzęsowego i na to miejsce przeszczepiono płat skórny z zewnętrznej strony uda; wynik doskonały, rana zagojona rychłozrostem. Po 5 tygodniach usunięto skórę okolicy brwiowej, zajętą przez pozostałą część wilka i pokryto 2 przeszczepami skóry — przyśrodkowym i bocznym; wynik zupełnie dobry, brak jakiegokolwiek ściągnięcia się bliznowego i jakichkolwiek zaburzeń ruchów powieki. Badanie drobnowidzowe wyciętych tkanek wykazało typowe utkanie ziarniny gruźliczej z typowemi gruzełkami.

Od zabiegu upłynęło przeszło rok, chory czuje się zupełnie dobrze, okolica pooperacyjna wygląda prawidłowo. Jedyne, co psuje trochę efekt pooperacyjny, to rażąca w porównaniu z otoczeniem białość przeszczepiającej skóry. Autorowie zwracają tu uwagę na możliwe przykre następstwa zastosowania w tej okolicy twarzy takich metod leczenia jak termokauteryzacja i diatermia, ze względu na mogące powstać blizny ściągające.

Gonokokowe zapalenie żyły odpiszczelowej większej, wyleczone wstrzykiwaniem do żyły chorej szczepionki swoistej. K. Kitschewatz. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et de Syphiligraph. Nr. 6. Czerwiec 1927.*

Schorzenie to jest rzadkiem powikłaniem rzeżączki, jego patogeneza i strona bakterjologiczna nie są bynajmniej całkowicie wyjaśnione. Przypadek powyższy rzuca nieco światła na sprawę leczenia tego schorzenia.

Kobieta lat 52 jest chora na rzeżączkę od 9 dni; przed 4 dniami zaczęła odczuwać bóle w pachwinie lewej, szerzące się do kolana wzdłuż przyśrodkowej strony uda. Przedmiotowo stwierdza się objawy zapalenia żyły odpiszczelowej na udzie lewem i zapalenie naczyń chłonnych w pachwinie lewej. Leczenie polegało na jednorazowem wprowadzeniu do żyły łokciowej 0,05 g szczepionki gonokokowej i następnie czterokrotnem wstrzyknięciu do żyły chorej tejże szczepionki (w rozcieńczeniu 0,05 — 0,05 g na 19 cm³ roztw. fizjolog.), po uprzedniem uciśnięciu na kilka minut żyły powyżej i poniżej miejsca wstrzykiwania. Chora zabieg zniosła doskonale, poprawa była szybka i wyraźna. Po 10 dniach chora opuściła szpital jako wyleczona.

Co do patogenezy tego przypadku, to zwraca uwagę współistnienie zapalenia żyły i naczyń chłonnych — zakażenie niewątpliwie przeszło tu z naczyń chłonnych na żyłę odpiszczelową.

CHOROBY OCZNE.

Zator tętnicy środkowej siatkówki z jaskrą następową. Opin. *Archives d'Ophtalmologie, juin juillet-aout 1927.*

Sprawa zatoru tętniczego tętnic siatkówki jest dotąd sporna i niektórzy autorowie jak *Abadie, Redslob* i inni większość podobnych przypadków uważają za następstwa skurczu tętnic siatkówki. Dotąd ogłoszono 22 przypadki, w których badanie anatomopatologiczne ustaliło rzeczywisty zator tętnic siatkówki. Przypadek autora dotyczył 76 letniego mężczyzny z stwierdzonem wzmożonem ciśnieniem krwi i arytmją wskutek wady zastawki dwudzielnej. U chorego tego nagle w nocy nastąpiła ślepota oka prawego. Obraz wziernikowy był typowy. W miesiąc potem chory dostał ciężkiego napadu jaskry — który zmusił do usunięcia oka.

Badanie anatomopatologiczne oka wykazało typowy zator tętnicy siatkówki i zmiany rozpadowe w siatkówce, które, jak uważa autor, spowodowały, stwierdzone anatomicznie objawy zapalne w kącie filtracji i doprowadziły do zrostu *Kniesa* i jaskry następowej. Pracę ilustruje piękna tablica barwna zmian w tętnicy i rysunek jednobarwny zmian w kącie filtracji.

Pryszczyki oczne a gruźlica. L. Weckers. *Arch. d'Ophtalm. 1927. VI.*

Przedewszystkiem stwierdza autor w 56% swych przypadków zapalenia pryszczykowego — gruźlicę w rodzinie. Dalej w 36% przypadków sami chorzy mieli inne objawy gruźlicy, jak ropnie zimne, rozdęcie kości, gruźlicze zapalenie kolana, wykwity gruźlicze skórne, typowe schorzenie gruczołów chłonnych, szczególnie oskrzelowych. Na 50 chorych na zapalenie pryszczykowe we wszystkich przypadkach autora stwierdzono promieniami X, wydatne typowe schorzenie gruczołów śródpiersiowych. Badania podobne z podobnym wynikiem przeprowadził ostatnio *Römer* i *H. Stalder* (1926).

Taksamo i odczyn skórny na tuberkulinę wypadł wybitnie dodatnio na 156 przyp. w 91%, co ma u dzieci już pewne znaczenie rozpoznawcze, gdyż u dzieci nie mających zapalenia pryszczykowego odczyn ten wypada dodatnio tylko w 61% przypadków. Prócz tego u dzieci młodszych, cierpiących na zapalenie pryszczykowe, stwierdził też autor okresowe podnoszenie się ciepłoty do 38°.

Wobec tego, że pryszczyki rzadko zdarzają się po 15 latach wieku — uważa je autor za cenny objaw nasycenia gruźlicą ustroju które to nasycenie prowadzi zwykle do uodpornienia. Jak zauważył już *Marfan* (1886) chorzy na zołzy nie zapadają potem na gruźlicę płucną.

Badanie anatomo - patologiczne 27 przypadków pryszczyków w różnym okresie wykazywało czasem i komórki olbrzymie. Doświadczenia na królikach zaszczepioną gruźlicą do otrzewnej — po zakropleniu tuberkuliny do worka spojówki dały autorowi już po 24 godz. typowe zapalenie pryszczykowe. Na podstawie faktów powyższych zapalenie pryszczykowe uzależnia autor od gruźlicy — zapewne postaci przesączalnej prątka gruźliczego. Gra tu przytem rolę przedewszystkiem jad gruźliczy—względem którego szczególnie uczulona jest powierzchnia skóry i śluzówek u cierpiących na zapalenie pryszczykowe. Być może, że niektóre postaci zapalenia pryszczykowego powodowane są przeniknięciem do ustroju żywych prątków w niewielkiej ilości, prątków słabej jadowitości lub prątków martwych.

Torbiel bąblowca w oczodole. Teulières. *Arch. d'Ophtalm. 1927. VI.*

Przypadków podobnych z piśmiennictwa naliczył autor 141, opisuje objawy bąblowca w oczodole, powikłania, do których zalicza zropienie torbieli, czasem przenikanie jej w głąb oczodołu z zanikiem ścian oczodołu i przenikaniem do czaszki z objawami mózgowemi, jako następstwa. Opisuje pozatem 2 przypadki. Pierwszy dotyczył chłopca 14 letniego z bąblowcem w mięśniu prostym wewnętrznego oka lewego. Wytrzeszcz wystąpił prawie nagle. Pomimo wczesnego usunięcia, doszło tu do zaniku n. wzrokowego.

W przypadku drugim u 20 letniego studenta objawy wytrzeszczu oka prawego też wystąpiły prawie nagle; wobec zaszycia szpary powiekowej, nastąpiło pewne spłaszczenie gałki ocznej. W obu przypadkach odczyn *Weinberga-Parvu* był ujemny. Usunięcie torbieli w obu przypadkach odbyło się za późno i nie dało znacznej poprawy wzroku.

Sprawa rozpoznania jest często bardzo trudna; pomaga tu często badanie krwi w kierunku eozynofilji, która po dokonaniu nakłucia próbnego często się zwiększa. Odczyn *Weinberga* niezawsze daje wyniki objaśniające przyczynę. Dalej przyczynę ustalić możemy ustaleniem umiejscowienia, badaniem płynu z nakłucia i radjografją. Po wypróżnieniu torbieli zaleca autor wprowadzenie do jamy 1% rozczynu formaliny celem zabezpieczenia od rozsiania bąblowca.

Zespolenie powiek w leczeniu uporczywych wrzodów rogówki. J. Meyer. *Arch. d'Ophtalm. 1927. VI.*

W leczeniu wrzodów uporczywych rogówki zespolenie powiek uważa autor za lepsze od przykrycia płatem spojówki.

Nabłoniak rąbka rogówki. Cztery nowe przypadki. Dejean. *Arch. d'Opht. 1927. VI.*

Błona graniczna przednia rogówki odgradza zwykle nowotwór od wnętrza oka i mamy tu raczej szerzenie się nowotworu po powierzchni gałki i wyjątkowo, na rąbku drążenie w głąb — szczególnie w okresach późniejszych.

Przyczynek do skaz krwotocznych: przypadek purpura thrombolytica heamolytica wyleczony wycięciem śledziony. Fr. Naróg. *Patrz też: „Klinika Oczna"; r. 1926, str. 80-90.*

Rokowanie co do uleczalności zeza. Betremieux. *Arch. d'Ophtalm. 1927. VI.*

Autor podkreśla ważność dla rokowania ustalania okiem zezującym. Obok leczenia operacyjnego konieczne jest zawsze dążenie, by chory patrzył obuocznie.

Partacze w okulistyce. Marc Landolt. *Arch. d'Opht. 1927. VI.*

Porusza m. in. t. zw. „Augendiagnose", praktyk obliczonych głównie na bezkrytyczność i łatwowierność ludzką.

Powikłania ze strony narządu łzowego w jaglicy. A. Cange. *Arch. d'Opht. 1927. VI*

Zarośnięcie kanalików wydzielniczych w gruczołach łzowych w jaglicy w okresie blizn prowadzi do zatrzymania łez i do zaburzenia odżywczego gruczołu; jego stłuszczenia i zaniku (*Ischreit, Natanson, Seydewitz*). Prócz tego w początku jaglicy jak chce *Truc* i *Michail* typowe nacieki jaglicze spotykamy w gruczołach łzowych *Krausego* i głównych. Nacieki te znajdują się przeważnie wokoło kanalików wydzielniczych gruczołów.

Prócz tego zmiany jaglicze dotyczą często okolicy jeziorka łzowego mięska, fałdu półksiężycowego, kanalików łzowych i kanału nosołzowego Obok bujania nabłonka w tych tkankach mamy typowe nacieki jaglicze pod nabłonkiem śluzówki. W kanalikach łzowych i kanale nosołzowym nacieki przenikają w wielu miejscach wgłąb mięśniówki. Jaglica w okresie wczesnym i późniejszym powodować może stan zapalny śluzówki kanału nosowołzowego. W niektórych przypadkach udało się różnym autorom stwierdzić bezsprzecznie jaglicę śluzówki woreczka łzowego.

Powikłania oczne w zapaleniu przyusznicy. H. Villard. *Arch. d'Opht. 1927 VI.*

Korzystając z obserwacji czterech przypadków powikłań ocznych w zapaleniu przyusznicy podaje autor przegląd powikłań ocznych w tem cierpieniu. Z powikłań ocznych wymienia i opisuje: zapalenia narządu łzowego, zapalenia ostre spojówki, zapalenia rogówki, jagódki, siatkówki i nerwu wzrokowego. Zapalenie gruczołów łzowych przebiegają przewlekłe i dają rokowania dobre, zapalenia rogówki o typach wrzodziejącym i miąższowym pozostawiają zwykle trwałe upośledzenie wzroku; wśród zmian w ciałku rzęskowem zdarzać się mogą zaburzenia nastawności, zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego przyusznicze dają zwykle dobre rokowanie; zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki czasem kończą się poprawą, czasem prowadzą do zmian głebszych i powodują znaczne upośledzenie wzroku. Piśmiennictwo w tej sprawie jest wogóle skąpe.

Zabiegi na woreczku łzowym i regjonalne odkrwienie. A. Jost. *Arch. d'Oph. 1927. VI.*

Autor zaleca odkrwienie okolicy woreczka przed operacją drogą trzech wstrzyknięć po 1.5 ccm. nowokainy z adrenaliną pierwsze w okolicę nerwu i tętnicy nosowej, drugie w okolicę podoczodołową i trzecie w okolicę ponad skrzydłem nosa.

W. Melanowski.

SKRZYNKA REDAKCYJNA

Pytania i odpowiedzi.

Zgodnie z zapowiedzią otwieramy w numerze niniejszym łamy „Wiedzy Lekarskiej" ku wymianie myśli, poglądów i informacji Szanownych Kolegów. W celu sprężystego zorganizowania tego działu, prosimy o bezwzględne stosowanie się do następujących prawideł:

1. *Tylko prenumeratorzy są uprawnieni do zgłaszania zapytań.*
2. *O ile pytanie nie posiada ogólniejszego znaczenia na odpowiedź należy załączyć znaczek.*
3. *Pytania winny być pisane czytelnie tylko po jednej stronie kartki, z pozostawieniem marginesu.*
4. *Każde pytanie powinno być napisane na osobnej kartce.*
5. *Pytania powinny być podpisane czytelnie (pożądana pieczątka) i zaopatrzone w adres pytającego.*
6. *Pytania nawet prenumeratorów, lecz nie lekarzy pozostaną bez odpowiedzi.*

Jak już zaznaczyliśmy w poprzednim numerze, do nadsyłania odpowiedzi zapraszamy ogół naszych Czytelników, nie zobowiązując się oczywiście do umieszczenia wszystkich odpowiedzi.

Redakcja.

PYTANIA.

1. Jak sobie radzić w krwotoku płucnym u gruźlika? Stosowałem wapno 10%, bromek sodu, chlorek sodu dożylnie, pepton i Coagulen oraz surowicę normalną domięśniowo, Remedium sedativum Spiessa do wewnątrz; wynik niewielki. Jeszcze względnie najlepszy skutek zauważyłem po wapnie, lecz stosowanie częste dożylnie napotyka na trudności.

2. Jaki preparat naparstnicowy jest najlepszy? Jak długo i w jakich dawkach można go stosować w sprawach przewlekłych? Kiedy po podaniu digitalis można wstrzyknąć strofantynę? Czy w zapaleniu płuc należy stosować digitalis odrazu, czy dopiero 6-go dnia, czy też lepiej posługiwać się innemi środkami nasercowemi?

3. Jaki jest najlepszy z pośród preparatów zastępujących kamforę: Hexeton, Cardiazol czy Coramina?

Dr. J. K. w W.

4. Chora 27 l. leczy się u mnie od dłuższego czasu z powodu obustronnego hydroadenitis axillae. Stosowałem okłady, maście, szczepionki, buljon Besredki z przemijającym rezultatem; po pewnym czasie występuje wznowa. Co robić? Czy należy sprobować autoszczepionki? Czy leczenie naświetleniami (kwarc, Rentgen) może dać wynik trwały? Chora poza tem jest dobrze rozwinięta, narządy wewnętrzne bez uchwytnych zmian, mocz cukru nie zawiera.

Dr. S. P. w L.

5. Czy stowarsol rzeczywiście zapobiega zakażeniu kiłą? Czy istnieją jakie przeciwwskazania w stosowaniu tego preparatu? W jakim odstępie czasu można środek ten powtórzyć?

Dr. A. Ch. w. R.

6. Czy leczenie synthaliną jest odpowiednie w ciężkiej cukrzycy? Czy powyższy środek jest do nabycia w Polsce?

Dr. J. J. w P.

7. Czy jest jaki środek łagodzący drżenie poencefalityczne?

Dr. Z. P. w K.

8. Zdrowy, silny chłopczyk dwuletni ma przepuklinę pachwinową Czy należy doradzać już teraz operację? Czy należy zalecić noszenie pasa?

Dr. R. w W.

9. Chora 22 letnia, mężatka bezdzietna lecząca się u mnie z powodu oligo — i dysmenorrheam cierpi na przewlekły nieżyt nosa. Laryngolog nie stwierdził nic nieprawidłowego, ale jednak nieżyt ten istnieje nadal i wywołuje ból głowy. Czy można przypuścić, że istnieje tu przyczyna niemiejscowa. lecz ogólniejszego charakteru?

Dr. M. w S.

ODPOWIEDZI

Kol. Z. w R. K. Program szczegółowy kursów przyszlemy natychmiast, po otrzymaniu go z Paryża. Zresztą będziemy co pewien czas informować naszych Czytelników o kursach odbywających się w Paryżu i innych miastach uniwersyteckich Francji.

Red.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski*

Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39,

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.795.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.

Wielowartościowa szczepionka zapobiegawcza i lecznicza przeciw

DUROWI BRZUSZNEMU, DUROM WRZEKOMYM

(paratyphi) i zakażeniom, wywołanym przez prątek

OKRĘŻNICY

ENTEROVACCIN

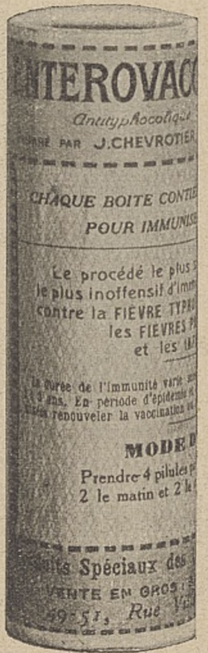
LUMIÈRE

NADZWYCZAJ DOGODNY SPOSÓB STOSOWANIA „PER OS"

SZCZEPIONKI W PIGUŁKACH

POZBAWIONY UJEMNYCH STRON ZASTRZYKÓW PODSKÓRNYCH

NIE POWODUJE NAJMNIEJSZYCH OBJAWÓW OGÓLNYCH LUB MIEJSCOWYCH, JEST ZATEM ZUPEŁNIE BEZPIECZNY.



POSIADA NADZWYCZAJNĄ SIŁĘ ZAPOBIEGAWCZĄ.

Jako środek leczniczy znakomicie skraca i łagodzi przebieg choroby, wywołując już po upływie pierwszych trzech dni znaczny spadek ciepłoty. Działanie

ENTEROVACCIN LUMIÈRE

należy do najbardziej pewnych i niezawodnych.

DAWKOWANIE: 4 pigułki dziennie, 2 rano i 2 wieczorem, na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci poniżej 7 lat pół dawki.

1 flakon zawiera 8 pigułek kieratynowanych.



Przedstawicielstwo i Skład na Polskę L. NASIEROWSKI

Warszawa, Piękna 62. Telefon 30-42, 124-39.

PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WW. PP. LEKARZY.

HEMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek
Zawiera w stanie biologicznie czynnym i niezmienionym
fermenty i lipoidy krwi.

PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY
ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY



Wskazania:

NIEDOKRWISTOŚĆ
BLEDNICA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACZE



Postacie:

HÉMOPLASE GRANULÉ POSTAĆ ZIARNISTA (z CUKREM i WANILJĄ) O B. PRZYJEMNYM SMAKU
(SPECJALNIE DLA DZIECI)
DAWKOWANIE: OD 2-6 LAT 1-3 ŁYŻ. DZIENNIE, OD 6-12 LAT 3-4 ŁYŻ. DZIENNIE.

HEMOPLASE AMPOULES NIEZAWODNE NAWET W PRZYPADKACH NAJUPORCZYWSZYCH.
(ŚRÓDMIĘŚNIOWO)

DAWKOWANIE: DZIECIOM OD 5-8 LAT – 2 RAZY TYGODNIOWO PO 2 cc. (1/5 amp.)
OD 8-13 LAT – 2 RAZY TYGODNIOWO PO 5 DO 10 cc. (1/2-1/1 amp.)

Przedstawicielstwo na Polskę „E. Nasierowski” Warszawa, ul. Piękna 62. tel. 124-39, 30-42.
PRÓBY i LITERATURA NA ŻĄDANIE WPP. LEKARZY.

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU